FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 708

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul, Charles, Jean THERON

né le 27 juillet 1935 à CHARLEVILLE (Ardennes)

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE LA GREFFE DANS LE TRAITEMENT DES ULCERES VEINEUX DE JAMBE. INTERET DE LA GREFFE EN PASTILLES

(A propos de 21 cas personnels de greffes de Davis)

Président : M. DEGOS, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul, Charles, Jean THERON

né le 27 juillet 1935 à CHARLEVILLE (Ardennes)

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE LA GREFFE DANS LE TRAITEMENT DES ULCERES VEINEUX DE JAMBE. INTERET DE LA GREFFE EN PASTILLES

(A propos de 21 cas personnels de greffes de Davis)

Président : M. DEGOS, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE**
2e ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÉZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARGIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	L'HERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GADROL (C.) COUINAUD (G.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU (E.) m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (N.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Cancérologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RAGADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERCBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAPOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUCEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de la GRAND-MERE

dont la vie fut pour moi un exemple.

A mes PARENTS

avec toute mon affection et ma reconnaissance.

A mon BEAU-PERE

A ma FEMME

A ma FILLE

A mes AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0024

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur DEGOS

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital Saint Louis.

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse .

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur LEMAIRE

Monsieur le Docteur CACHIN

Monsieur le Professeur POILLEUX

Monsieur le Docteur SERINGE

Monsieur le Docteur BENDA

Monsieur le Professeur COSTE

Monsieur le Docteur BRET

Monsieur le Docteur BOLGERT

en témoignage de notre reconnaissance pour leur enseignement.

A Messieurs les Membres de notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Docteur LAQUERRIERE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital de Melun.

qui nous a fait l'honneur de nous choisir comme interne

Dont l'enseignement, poursuivi pendant plus de trois ans fut toujours bienveillant et amical.

En témoignage de notre profond respect et de notre indéfectible reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BAZOUGE

Médecin-Chef de l'Hospice de Melun

A Monsieur le Docteur PICHON
Chirurgien de l'Hôpital de Melun

A Monsieur le Docteur MARMASSE

A Mademoiselle le Docteur JOUGLEUX

A mes Camarades INTERNES de l'Hôpital de MELUN.

INTRODUCTION

RAPPEL DE LA THERAPEUTIQUE CLASSIQUE DES ULCERES VEINEUX DE JAMBE

L'ulcère de jambe mérite d'être placé parmi les grandes maladies sociales de notre époque. Il se rencontre avec une fréquence assez grande chez des sujets encore jeunes dont il interrompt l'activité en pleine période productive ; mais sa fréquence et ses récidives s'accroissent proportionnellement à l'âge. Les conséquences de la maladie ulcéreuse sur le budget santé et travail des Etats en font un véritable fléau social : il faut rappeler que les statistiques anglaises et américaines font état de 250. 000 et I. 750. 000 ulcéreux pour des pays de 5O et I50 millions d'habitants. SALLERAS, sur une population ouvrière de 20. 000 sujets recense 2I5 ulcéreux, soit une morbidité supérieure de I%. En nombre de journées de travail perdues, d'hospitalisation, la maladie ulcéreuse se classe aux premiers rangs des affections dermatologiques, à côté de l'eczéma, avant la syphilis.

Bien que dans la grande majorité des cas un traitement correct, conduit avec persévérance puisse cicatriser l'ulcère et empêcher ou retarder les récidives, trop d'ulcères trainent interminablement "plutôt pansés que soignés véritablement" (BOULLE).

Pour situer notre sujet et dégager les indications thérapeutiques des greffes, un bref rappel étiologique, clinique et thérapeutique est nécessaire.

ETIOLOGIE

Le début de ce siècle a été marquée par la querelle des dermatologues et des phlébologues sur le rôle des phénomènes capillaires dans la pathogénie de l'ulcère, les uns minimisant l'importance des varices et faisant jouer le rôle principal à l'atteinte capillaire, les autres rattachant toute la pathogénie à l'insuffisance veineuse. Certes comme l'ont montré FAVRE, GOUGEROT, TOURAINE, l'ulcère peut naître sans varices, sans reflux veineux, d'une capillarite. Mais il n'en faudrait pas conclure que tout ulcère sans varice est sous la dépendance exclusive d'une capillarite primitive : l'insuffisance veineuse existe en dehors de toute varice par lésion de la voie profonde après phlébite. Cette querelle semble aujourd'hui dépassée et dans la majorité des cas, les deux éléments s'intriquent dans la pathogénie, l'insuffisance veineuse chronique provoquant l'ulcère par l'intermédiaire de la capillarite. On peut ainsi distinguer :

1 - Des ulcères dont l'ORIGINE VEINEUSE EST ESSENTIELLE ou prédominante, mais où la capillarite purpurique de FAVRE peut accompagner ou suivre l'insusfisance veineuse.

L'insuffisance valvulaire et l'hyperpression ambulatoire entrainent le reflux et la stase dans les veines du membre inférieur. L'étiologie de cette insuffisance veineuse est variable :

- Varices essentielles où le reflux intéresse le système veineux superficiel, le plus souvent la saphène interne dont le trajet sus-aponévrotique manque du soutien musculaire capable de lutter contre la pesanteur (l'ulcère siège alors au point déclive de la saphène, là où la stase est maximum). Ce reflux se fait à travers la valvule ostiale mais aussi parfois à travers les perforantes jambières ou crurales. De même le reflux peut intéresser la saphène externe à travers sa crosse, ses perforantes ou ses anastomoses avec la saphène interne.

- Syndrome post-phlébitique où l'oblitération profonde est d'abord à l'origine de la stase veineuse et de "varices de suppléance". Puis la reconstitution d'un axe profond avalvulé entraine le reflux à travers saphènes et communicantes, d'où la répercussion sur le système veineux superficiel. On sait de plus le rôle des troubles vaso-moteurs superficiels (LERICHE) dans la pathogénie des ulcères post-phlébitiques.

L'hyperpression veineuse ainsi constituée retentit sur l'état des capillaires et de l'hypoderme, entrainant de multiples micro-thromboses et une prolifération fibroblastique. D'où ce "socle de capillarite" (JAUSION) sur lequel la moindre lésion de grattage, le moindre trauma, la plus petite pyodermite vont provoquer l'ulcération et organiser ainsi un cercle vicieux, infection, sclérose, récidive.

C'est le rôle de la chirurgie plastique dans la cure de ces ulcères veineux que nous nous proposons d'étudier; les autres ulcérations, moins fréquentes, rélèvent d'indication thérapeutiques souvent différentes.

2 - Des ulcères par CAPILLARITE ou artériolite nécrotique où le rôle de l'insuffisance veineuse sans être toujours nul n'est que très secondaire à côté de l'atteinte capillaire ou artériolaire réalisant parfois une panangéïte. Ce sont de véritables infarctus cutanés : citons l'ulcère sur capillarite nécrosante de GOUGEROT ou l'ulcède l'atrophie blanche de MILIAN.

3 - Des ulcères PLUS RARES.

- par anévrisme artério-veineux

- par artérite (qui donne plus souvent des gangrènes des extrémités)

- ulcères hypertensifs de MARTORELL,

- ulcères trophiques,

- ulcères de la périartérite noueuse,

- ulcères des syndromes hémolitiques,
etc.....

SUR LE PLAN CLINIQUE

Il faut d'abord définir du point de vue clinique ce que l'on entend par ulcère de jambe. C'est une "perte de substance sans tendance spontanée à la guérison" (x). On le distingue donc de l'érosion ou de la plaie par traumatisme - bien qu'érosion ou plaie- puissent en représenter le premier stade. Mais en pratique, le terme ulcère sous-entend un processus pré-existant qu'il s'agisse de troubles nutritionnels ou circulatoires patents ou latents (x). On en écarte de même les gommes ulcérées, les ulcérations de l'ecthyma, des hypodermites nodulaires qui, lorsqu'elles surviennent sur un terrain défavorable réalisent volontiers "l'aspect anonyme de l'ulcère vrai jambe".

Au total les limites nosologiques sont assez floues et "les circonstances locales particulières à cette région" font que tous les ulcères de jambe se présentent à peu de choses près, sous un aspect identique (x). Cependant, en vue de dégager les indications thérapeutiques, un examen méthodique et complet est toujours nécessaire.

Cet examen objective l'état de l'ulcère, du membre ulcéreux ainsi que l'état général du malade.

L'ulcère et les téguments péri-ulcéreux, on précise :

- le mode de début de l'ulcère (après capillarite, érosion, dermo-épidermites, etc...).

- le siège, en sachant le caractère défavorable de certaines localisations - malléole , dos du pied.

(x) M. le Professeur DEGOS

- La taille, très variable - tous les intermédiaires sont possibles entre le petit ulcère capillaritique et le grand ulcère infectieux, en sachant qu'il n'y a pas de rapport obligatoire entre la dimension et la vitesse de cicatrisation.

- le nombre des ulcères et leur forme : arrondie, ovalaire ou polycyclique.

- le fond propre, infecté, sphacélique, couenneux, suintant, atone, éléphantiasique.

- les bords minces et souples en voie d'épidermisation, ou infiltrés, ligneux, saillants (ulcère invétéré).

- la base souple ou fixée aux plans profonds par une cellulite rétractile, infiltrée de calcaire dans certains ulcères invétérés.

- l'existence des signes fonctionnels : douleurs apparaissant au repos de l'ulcère capillaritique ; névralgie, sympathalgies du syndrome post-phlébitique.

- l'état des téguments péri-ulcéreux : dermites microbiennes parfois parakératosiques : eczématisation et l'on sait les risques de l'antibiothérapie locale avec certains antibiotiques généraux réactogènes ; lésions capillaritiques, capillarite purpurique, capillarite ectasiante, capillarite nécrosante qui donne l'ulcère à bords cyanotiques et purpuriques de GOUGEROT, tâches d'atrophie blanche de MILIAN, etc.....

On recherche de même une hypodermite qui jouerait le rôle primordial dans la chronicité de l'ulcère: l'hypodermite scléreuse peut rester localisée autour de l'ulcère ou diffuser à toute la jambe, se disposant en coulées le long des veines variqueuses.

Elle entoure parfois la cheville d'un anneau stricturai scléreux fixé aux plans profonds et aux téguments. Au-dessous de cet anneau le pied est froid,

gonflé, porteur de lésions trophiques. Sur ces lésions d'hypodermite chronique se greffent des poussées inflammatoires aboutissant souvent à l'éléphantiasis. Aucune cicatrisation durable de l'ulcère ne saurait être obtenue sans réduction de ces altérations.

Le membre scléreux ; l'examen étudie :

- le retentissement articulaire et osseux (périostite fréquente des ulcères invétérés).

- l'atteinte de l'appareil lòco-moteur (rétraction musculaire, affaissement de la voute plantaire).

- l'état de la circulation artérielle par la prise d'oscillations, et la valeur de la pulsatilité, très rarement par artériographie.

- et surtout la circulation veineuse superficielle et profonde. Il convient d'établir un bilan complet du réseau variqueux ; souvent évident, il est facile d'en établir le schéma mais parfois c'est le palper qui reconnait la dépression des canaux variqueux noyée dans la gangue indurée de l'hypodermite scléreuse. La saphène est suivie jusqu'à sa crosse ou son apparente disparition au niveau d'une perforante huntérienne. L'épreuve de I ENDELENBURG recherche une incontinence ostiale tandis que le reflux des communicantes est repéré par l'épreuve de PRATT avec deux bandes d'ESMARCH enroulées inversement. Les varices ainsi reconnues peuvent être essentielles ou symptomatiques d'une insuffisance veineuse profonde - séquelle de phlébite. Dans d'autres cas il n'existe pas de varices mais on a des raisons de penser à une altération de l'axe veineux profond (antécédents opératoires, puerpéraux, de fracture, de maladie immobilisante et cachectisante, etc.....).

Varices ou non il est nécessaire de reconnaitre la valeur de l'axe profond. On le fait par la classique épreuve de PETHES ou plus simplement par l'épreuve de la bande élastique portée quelques jours : si elle soulage le malade et diminue l'oedème la circulation profonde est perméable et toute intervention sur la voie superficielle sera bien tolérée.

Parfois cette étude gagne à être complétée par une phlébographie "au fil de l'eau" ou rétrograde et "dynamique".

L'examen général de l'ulcéreux :

Un examen soigneux doit rechercher les facteurs généraux susceptibles de favoriser le terrain sur lequel se développe l'ulcère.

Certains ulcères dépendent des varices et de l'oedème unilatéraux d'une compression pelvienne (Touchers vaginal et rectal).

Une insuffisance cardiaque, rénale, des altérations hépatiques, le diabète, l'obésité entretiennent les conditions tissulaires qui s'opposent à la cicatrisation et sont autant de contre-indications relatives ou absolues à la chirurgie.

Hypertension ou athérosclérose peuvent jouer un rôle étiologique déterminent, de même qu'une dysprotéinémie.

La syphilis apparait infiniment moins fréquente qu'autrefois chez les ulcéreux.

Au terme de cet examen, un bilan peut être fait et des indications thérapeutiques dégagées en fonction de l'étiologie :

Une origine veineuse apparait indiscutable dans

la majorité des cas, soit par :

- varices essentielles dans 2/3 des cas. On fait le bilan de cet état variqueux - atteinte du réseau saphène interne ou externe ou des deux à la fois ; intégrité de la voie profonde. Dans certains cas les varices semblent absentes mais un examen attentif ou la phlébographie permet de découvrir une veine nourricière ou une perforante incontinente dans le voisinage de l'ulcère. Le pronostic est très favorable.

- séquelles de phlébite dans 20 à 30% des cas avec parfois varices mais moins volumineuses que les varices essentielles. Ce sont des ulcères plus rebelles au traitement. La phlébographie serait plus utile que pour l'ulcère variqueux.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le traitement poursuit un triple but :

1 - liquider la surinfection

2 - stimuler le bourgeonnement et la cicatrisation

3 - éviter les récidives en corrigeant l'hypertension veineuse ou le trouble circulatoire.

1 - Désinfection et détersion vont généralement de pair et constituent le premier but du traitement.

Dans un ulcère très infecté, le repos, au lit pendant quelques jours, peut être un élément essentiel. La circulation veineuse est alors favorisée par la surélévation des pieds du lit réalisant un plan incliné régulier.

Les applications de solutions antiseptiques faibles par irrigation continue (lavage au bock, pansements constamment réhumectés) présentent un inté-

rêt primordial. On utilise les solutions aqueuses faibles de permanganate, d'oxycyanure, de Dakin très étendu, d'Exomédine, de sulfate de Zinc. Quelquefois le sérum physiologique suffit à nettoyer l'ulcère en ménageant l'épiderme de voisinage. Les solutions d'ammonium quaternaire, les solutions aqueuses ou alcooliques de colorants (bleu de méthylene, éosine) viennent à bout d'une infection plus tenace tout en respectant les téguments voisins. On peut aussi recourir à l'usage d'antibiotiques uniquement LOCAUX (type bacitracine - néomycine). Les risques fréquents d'eczématisation doivent faire rejeter les poudres et les pommades à base de sulfamides ou d'antibiotiques utilisés par voie générale.

Les ulcères sphacéliques ou couenneux sont détergés par antifibrinolytiques (intérêt de la papaïne à l'action plus douce et plus contrôlable que la trypsine).

Une antibiose GENERALE peut s'imposer pour la désinfection d'ulcères très infectés et douloureux ou lorsqu'existe une scléro-hypodermite inflammatoire qui exige toujours une prompte guérison.

Une séro-anatoxithérapie antitétanique est souvent indiquée.

S'il existe une dermite ou un eczéma vrai sur les téguments péri-ulcéreux, une solution de Milian ou une crème Dalibour sont appliquées et une étiologie médicamenteuse recherchée.

La lutte contre l'infection suffit en général à calmer la douleur quand elle existe ; en cas d'échec, la Phénylbutazone (avec ses contre-indications bien connues) soulage la douleur capillaritique, ses propriétés anti-inflammatoires constituant de plus un traitement de fond des hypodermites subaiguës.

La désinfection menée à bien, on s'attache au deuxième temps de traitement :

2 -Le comblement de la perte de substance

Ici méthodes et médicaments sont innombrables; nous nous bornerons à citer les plus fréquemment utilisés.

La règle, c'est la méthode ambulatoire : dès que l'infection est suffisamment atténuée et la douleur jugulée, cette thérapeutique est la méthode de choix qui aboutit à elle seule à la fermeture de l'ulcère dans la plupart des cas. La marche favorise la circulation, évite la thrombose ; "le maintien au travail de l'ulcéreux l'empêche d'acquérir cette mentalité d'assisté qui en fait progressivement un pilier d'hôpital " (*). Les effets heureux de la marche sont complétés par la compression. A ce stade, les pansements de l'ulcère sont rares. On le recouvre d'une couche de pâte épaisse (type Bioxol), les bords sont protégés par une pommade à l'Ichtyol ou une crème dalibour ; sur le pansement recouvert de gaze est appliquée une bande élastique plus ou moins épaisse, de préférence assez souple et extensible dans les deux sens. Cette bande modérément serrée et appliquée du pied jusqu'au genou, doit être portée dès la reprise progressive de la marche et toujours supprimée au repos prolongé et la nuit.

"En se tendant et se rétractant tour à tour lors des contractions rythmées de la marche, la bande exerce un massage continuel sur la jambe entière, favorisant ainsi la cicatrisation de l'ulcère et la fonte de l'hypodermite " (*).

D'autres méthodes font appel à une contention plus sévère donc moins bien supportée :

. botte à la colle de Unna
. bande caoutchoutée épaisse (dite "du praticien")
. emplâtre adhésif élastique, etc.....

(*) M. et S. BOULLE

La méthode ambulatoire permet en général un comblement et une épidermisation rapides tout en laissant au malade la possibilité de reprendre ses occupations. Parfois également elle est insuffisante et doit être épaulée par une des méthodes stimulantes de cicatrisation :

. vin arômatique, emplâtre de Vigo
. poudre d'hématies, extrait amniotique, pommade à la Vitamine E
. solutions digitaliques prônées par M. DELMOTTE, aux excellents résultats
. ultra-violets, infra-rouges, némectron
. kinésithérapie
. infiltrations intra-artérielles de Caa-40, de Novocaïne
. par voie générale : hormone mâle, somatotrope , thérapeutique spécifique d'indication majeure si la sérologie est positive et qui peut être de toute façon une thérapeutique d'appoint-effet sur les capillaires du cyanure de mercure, en effet anti-scléreux de l'Iodure de Potassium (GERSON).

Au terme de cette période le comblement de l'ulcère est réalisé et l'épidermisation terminée ou en bonne voie.

Cependant, il arrive que l'épidermisation "reste en panne" et nécessite une thérapeutique complémentaire : un bourgeonnement excessif peut constituer un obstacle et exige fréquemment un nitratage ou une corticothérapie modique (THIERS). Une inertie épidermique véritable peut nécessiter l'apport d'une couche épidermique neuve par greffe - le plus souvent alors pratiquée "médicalement" au lit du malade par greffe en pastilles, avec des résultats excellents et durables. Nous reviendrons plus loin sur ce problème, puisqu'il est l'objet de ce travail.

Une fois la cicatrisation acquise, la thérapeutique doit assurer la :

3 - Prophylaxie des récidives

Les greffes, quand elles sont pratiquées, la poursuite persévérante de la contention élastique - quand elle est supportée - une excellent hygiène locale constituent déjà l'embryon de cette prévention des récidives mais dans la grande majorité des cas sont à elles seules insuffisantes à amener une guérison de longue durée.

Il faut obligatoirement, leur associer une étape étiologique, le traitement de l'insuffisance veineuse, médical par sclérose, ou chirurgical.

LA SCLEROSE:

La thérapeutique du reflux veineux par la sclérose des varices est employée le plus souvent lorsque la compression élastique a fait céder l'oedème. Elle trouve son indication principale dans les ulcères des varices essentielles mais donne également de très bons résultats dans les ulcères des varices post-phlébitiques lorsque celle-ci, incontinentes, jouent le premier rôle dans le déterminisme de l'hyperpression veineuse. Dans la plupart des cas, alors, une bonne tolérance et un résultat favorable de la contention élastique d'épreuve constituent une indication à cette sclérose du réseau superficiel.

Nous n'insisterons pas sur la technique des injections, ni sur les liquides sclérosants employés ; disons seulement qu'une sclérose d'abord distale des veines nourricières est très souvent indiquée dès le début du traitement pour amorcer le comblement de la perte de substance et l'épidermisation d'un ulcère atone ou douloureux.

Les injections doivent s'efforcer de scléroser tout le réseau variqueux mais aussi les crosses des saphènes et les perforantes et exige donc : entrainement suffisant à cette méthode et persévérance. Il faut savoir trouver les varices invisibles par un palper

minutieux. "Au voisinage d'un ulcère ou quelques centimètres au-dessus, on saura interroger les plans largement sous-cutanés et même dans cette zone indurée, scléreuse, oedématiée, parfois douloureuse, la pulpe de l'index et du médius appliquée perpendiculairement au plan cutané et en déprimant la surface, on finira par localiser le ressaut caractéristique évoquant la veine la plus directement nourricière, responsable de l'ulcère" (TOURNAY et VIEVILLE).

Mais la sclérose complète de tout le réseau variqueux -crosse et perforantes comprises - ne termine pas le traitement. Une contention élastique épisodique doit être réalisée et une sclérose complémentaire indiquée par des examens systématiques annuels peut se révéler nécessaire.

AU TOTAL, le traitement sclérosant bien conduit est capable d'apporter une guérison de longue durée dans l'immense majorité des cas d'ulcère veineux (pour tous les auteurs les résultats favorables immédiats sont autour de 90% ; les résultats favorables après un long recul se maintiennent entre 50 et 70%).

LA CHIRURGIE :

Le traitement chirurgical a beaucoup progressé ces dernières années. Il consiste à supprimer par une intervention radicale les zones à reflux. L'intervention la plus pratiquée est la crossectomie suivie de stripping aussi complet que possible, Elle peut être complétée par des incisions étagées pour ligature de perforantes ou par des interventions sur le système veineux profond - de résultat plus décevant - (nécessité alors de la phlébographie pré-opératoire). On peut aussi pratiquer l'excision en bloc de l'ulcère et de son socle suivie de greffe (cf. plus loin).

Le traitement chirurgical a l'avantage d'être plus rapide et de mieux atteindre crosses et perforantes.

Par contre, il est générateur d'immobilisation et nécessite en règle une sclérose complémentaire.

Ses résultats immédiats sont aussi bons que ceux de la sclérose ; ses résultats après recul sont peut être un peu meilleurs.

EN PRATIQUE, il ne faut pas opposer sclérose et chirurgie mais réaliser une collaboration médico-chirurgicale de façon à combiner ces deux types de traitement qui se complètent l'un l'autre. Tous deux donnent des résultats favorables mais temporaires qu'il faut entretenir par des révisions fréquentes où l'on pratique des injections sclérosantes d'entretien. La chirurgie trouve une indication de choix dans l'insuffisance ostiale, surtout quand le reflux est massif et dans l'insuffisance des perforantes souvent difficiles à atteindre par sclérose. A ces interventions simples, limitées, non immobilisantes, la sclérose vient s'ajouter pour supprimer les trajets variqueux résiduels.

La CRENOTHERAPIE complète alors utilement les heureux résultats de ce traitement.

Ce rappel, étiologique, clinique et thérapeutique permet maintenant de mieux situer :

PLACE DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE dans le traitement des ulcères veineux.

Le premier but de la chirurgie plastique des ulcères est symptomatique : il s'agit de fermer rapidement une ulcération désespérément chronique. La greffe va réaliser en quelques jours une cicatrisation qui, sans cette méthode, aurait trainé plusieurs mois. L'intérêt psychologique et social déjà considérable est évident, mais il n'est pas seul à considérer.

La fermeture rapide, en permettant l'économie d'une longue période de subinfection ou d'infection vé-

ritable de la surface ulcérée, évite la sclérose sous-jacente ou l'empêche de s'aggraver.

De plus, le nouveau tégument ainsi apporté est un tissu souple, épais, vivant et solide, la cicatrice spontanée d'ulcère n'étant qu'un tissu fibreux, fragile et dystrophique, souvent sensible spontanément et à la pression.

Ces trois raisons, intérêt social, rôle anti-scléreux, solidité, font que les plasties tendent à augmenter le champ de leurs indications.

Le traitement par greffe ne s'oppose en aucun cas au traitement dermatologique habituel mais le complète : il n'est pas question de greffer sur n'importe quelle surface ; la préparation médicale de l'ulcère , sa désinfection doivent toujours être menées par les moyens thérapeutiques classiques, la greffe n'apportant que le dernier temps de la couverture, l'épidermisation.

De même, comme on le verra dans le cours de ce travail, la greffe ne saurait dispenser du traitement de la maladie veineuse à l'origine de l'ulcère - sans entrainer de récidive rapide.

Les méthodes de greffe se divisent en 2 catégories :

. la greffe-pansement où l'on se contente d'apporter une couche dermo-épidermique neuve sur l'ulcération (à même le tissu de granulation ou après abrasion superficielle de ce tissu).

. la greffe-excision où la greffe est précédée d'un temps étiologique, l'exérèse de tout le socle scléreux de l'ulcère, facteur indéniable de récidive.

Les indications seront mieux dégagées dans la suite de ce travail. Disons d'emblée que la grande indication c'est le retard de cicatrisation, l'ulcère atone.

oOo

LES TECHNIQUES DE GREFFES

La chirurgie plastique des ulcères de jambe d'origine veineuse s'adresse à diverses méthodes. Lorsque REVERDIN puis OLLIER et THIERSCH proposèrent leurs greffes cutanées minces dans le traitement des vastes plaies chroniques, on songea tout de suite à utiliser ce moyen dans la cure des ulcères de jambe veineux. DARIER insistait déjà sur l'intérêt de petites greffes posées sur les bourgeons de l'ulcère. Plus tard le perfectionnement incessant des techniques de greffes et de réanimation (antibiotiques, anesthésie, préparation humorale) augmentait les indications de couverture chirurgicale des ulcérations chroniques.

Mais comme le rappelle OLIVIER "le traitement de l'ulcère n'est rien ou presque rien, celui de sa cause est tout". La couverture chirurgicale isolée de l'ulcère sans traitement étiologique approprié de l'insuffisance veineuse ne vaut rien de plus que les innombrables pommades ou drogues capables de cicatriser l'ulcère. Sans traitement étiologique les greffes prendront pour un temps, mais l'ulcère récidivera à plus ou moins brève échéance. Les brillants résultats immédiats des greffes provoquèrent un certain engouement pour les méthodes de greffe. La fausse impression de sécurité , l'abandon ou le relachement dans le traitement de l'insuffisance veineuse - en particulier chez les auteurs scandinaves - entrainèrent inversement un pourcentage sévère de rechutes et une défa-

veur des méthodes de chirurgie plastique.

Voyons ces méthodes : schématiquement on peut distinguer les greffes libres et les lambeaux pédiculés ou autoplasties.

LES AUTOPLASTIES

C'est la transplantation d'un lambeau de tissu sain comprenant la totalité des téguments et le tissu cellulaire sous-cutané sur la perte de substance à greffer. Ce qui caractérise l'auto-plastie, c'est la présence d'un pédicule nourricier qui sera sectionné dans un temps ultérieur, après "autonomisation" du greffon (lambeau à distance), ou qui participera à la couverture (lambeau de voisinage).

L'indication formelle de l'autoplastie et le mauvais état du tissu profond constaté après excision de l'ulcère (os dépériosté, lésion articulaire, tendons mis à nu) ou situation de l'ulcère au niveau d'un point de frottement maximum. L'os compact dénudé, comme celui de la face interne du tibia ou un tissu scléreux anhiste, presque avasculaire, représente un lit parfaitement stérile où toute greffe libre sera vouée à la nécrose. Les lambeaux peuvent être pris dans le voisinage ou à distance.

Dans les lambeaux de voisinage (de glissement, d'avancement, de rotation, de transposition, etc..) le lambeau est taillé à la périphérie de l'ulcère. Une peau périphérique en excellent état pourra parfois permettre la translation hémicirculaire mise au point par VILAIN. Mais il est rare qu'à la jambe on puisse obtenir de tels lambeaux facilement, les tissus tendus, sans excès tégumentaire, la vascularisation assez précaire de la région rendent difficile la taille de pareils lambeaux et leur bascule plicature le pédicule et en compromet la vascularisation.

C'est alors à l'autoplastie à distance qu'il faudra se résoudre;

- "cross-leg" : lambeau pris sur la jambe opposée lorsque les lésions sont unilatérales (Immobilisation maintenue par appareil plâtré pendant au moins trois semaines).

- lambeaux tubulés de cuisse ou d'abdomen amenés à leur hôte définitif par migrations successives ou fixation sur l'avant bras.

Ces méthodes, précieuses quand elles représentent les dernières ressources de la thérapeutique de couverture de l'ulcération, entrainent une immobilisation inconfortable et longue, génératrice d'oedème, de stase circulatoire, de nouveaux ulcères). Ce sont au total des indications d'exception à réserver aux sujets jeunes, aux articulations bien mobiles.

LES GREFFES LIBRES

C'est l'apport d'un lambeau cutané complètement détaché de sa zone donneuse.

Classification des greffes libres (selon LAGROT)

Elle fait appel aux notions de superficie et d'épaisseur. On distingue :

1 - les greffes larges, vastes, uniques ou jointives selon l'épaisseur :

- les greffes dermo-épidermiques minces (OLLIER - THIERSCH)

- les greffes dermo-épidermiques moyennes

. superficielles de BLAIR-DOWN (2/3 de l'épaisseur cutanée)

. profondes de PADGETT (3/4 de l'épaisseur cutanée)

Ces greffons sont prélevés au rasoir ou au dermatome et laissent sur le lieu de prélèvement des éléments de régénération spontanée.

. la greffe de peau totale (de WOLFE-KRAUSE) est prélevée au bistouri. La surface de prélèvement doit être fermée par greffe mince ou approximation.

2 - les greffes interrompues, petites, nombreuses.

- greffe de REVERDIN quand elle est mince
- greffe de DAVIS quand elle est épaisse.

Ces greffons sont réalisés par prélèvement au bistouri ou par découpage en timbres-postes d'une greffe large.

Histologie de la prise du greffon :

Dans un premier stade (48 heures) le greffon survit par osmose, parimbibition plasmatique. C'est le stade le plus critique de survie du greffon, en particulier s'il est épais.

Dans un deuxième stade (4 à 5 jours), des vaisseaux néoformés pénètrent le greffon. Au troisième stade il y a organisation fibroblastique de la couche fibrineuse interposée qui aboutit à l'union organique hôte-greffon. Cette union est réalisée au IOè jour et c'est alors le stade de la maturation du collagène souvent excessive et rétractile.

Conditions générales de prises du greffon :

La prise est conditionnée par l'équilibre biochimique du plasma. Le taux d'hémoglobine doit être en règle générale, supérieur à 60%. Les protides totaux doivent être voisins de la normale. Dénutrition et déperdition protidique par transsudation plasmatique dans la plaie chronique gênent la prise des greffons. Sous cet angle, les larges greffons demi-épais pourront exiger une rééquilibration protidique préalable à la greffe (sang, corticothérapie éventuelle , qui de plus freine la prolifération du tissu conjonctif). Les greffes interrompues se contentent d'un terrain beaucoup plus mauvais.

Conditions locales de prise du greffon:

Le greffon doit être récent, humide mais non lavé. Il doit être étalé sous tension et sous compression modérée mais surtout en contact intime avec le lit de la perte de substance, et parfaitement immobilisé.

En ce qui concerne la perte de substance à greffer, l'infection peut être une cause d'echec (le streptocoque est plus gênant que le pyocyanique ou le staphylocoque); le lit de la greffe doit être propre. Les autres ennemis de la greffe sont les corps étrangers (fragment nécrosé, fil de ligature, escarre de coagulation) et le suintement sanguin, l'hématome ; l'hémostase doit être parfaite.

Particulièrement important est l'état du sous-sol :

- Un tissu sain, souple (après perte de substance traumatique récente ou exérèse chirurgicale) constituera le meilleur lit sans préparation spéciale.

- Mais pour l'ulcère, il s'agit d'une plaie trophique résultant de l'insuffisance veineuse. "Sclérose et anoxie tissulaire provoque une mort lente du revê-

tement cutané de la profondeur à la surface" (*) . La répétition des poussées; l'infection et la lenteur de cicatrisation édifient une gangue de sclérose, socle englobant nerfs, tendons, vaisseaux , et source de récidives.

Problèmes particuliers des greffes libres dans les ulcères :

Les mauvaises conditions vasculaires de l'ulcère de jambe créent des conditions particulières de greffe.

En effet, les larges greffes minces (type OLLIER et THIERSCH) sont moins exigeantes, prennent plus facilement et pourraient convenir aux conditions difficiles de l'ulcère, mais elles n'offrent pas les garanties esthétiques (tendance à la rétractilité) ou de solidité des greffes épaisses. Elles constituent surtout une indication de couverture temporaire. Encore faut-il dire qu'elles ne prennent pas à tout coups sur des surfaces irrégulières et sub-infectées. Elles sont donc rarement utilisées sur des ulcères jeunes, sans sclérose où le traitement ambulatoire associé à un traitement étiologique de l'insuffisance veineuse pourrait suffire .

Plus la greffe est épaisse, plus elle est solide et conserve ses propriétés esthétiques et fonctionnelles, mais plus elle est exigeante et sa prise difficile. Les larges greffes dermo-épidermiques moyennes (de BLAIR-DOWN ou de PADGETT) sont les greffes de qualité. Elles apportent une escellente couverture et un parfait résultat définitif mais elles exigent un "sous-sol bien vivant et presque stérile" (*) . Dans les ulcérations chroniques de jambe, elles sont en général vouées à la nécrose rapide si l'on ne prend pas la précaution d'exciser l'ulcère jusqu'à la découverte d'un sous-sol bien vivant, jusqu'à l'aponévrose.

(*) LAGROT

Enfin, les greffes interrompues, en pastilles, en ilôts, permettent le drainage des sécrétions et réalisent par bourgeonnement de leur périphérie la cicatrisation secondaire des surfaces non greffées. Plus la greffe est fragmentée, plus sa prise sera facilitée, mais au prix du développement d'un tissu cicatriciel fibreux entre les ilôts, ce qui en diminuera la valeur fonctionnelle et surtout esthétique. Néanmoins c'est une excellente greffe, fastidieuse bien sûr, mais très facile à réaliser. Elle prend toujours bien et presque toujours totalement sur des surfaces irrégulières, infectées, voire éléphantiasiques. La fibrose en pont entre les ilôts est très diminuée si les greffes sont déposées de manière presque jointive. De plus, les greffes en pastilles épaisses de DAVIS se révèlent très solides à l'évolution.

oOo

LES GREFFES D'ULCERES

TECHNIQUES - INDICATIONS - RESULTATS

Schématiquement les greffes d'ulcères font appel à deux grand types de méthodes :

1 - les interventions où la greffe est précédée de l'excision de tout le socle de capillarité ; c'est donc déjà une thérapeutique étiologique. La greffe permet une plus large excision ; l'excision permet une greffe de meilleure qualité unique et demi-épaisse (ou une autoplastie, d'indication spéciale, que nous n'étudierons pas ici).

2 - les interventions de simple couverture de l'ulcère abrasé ou non greffes "médicales" en pastilles et plus accessoirement greffes minces au dermatome.

Ce sont les résultats de ces deux grands types de techniques que nous allons comparer à travers les publications françaises et étrangères.

Valeur de la statistique en Chirurgie plastique des ulcères de jambe :

Il ne faut pas demander à la statistique en matière d'ulcères veineux une rigueur mathématique qu'elle

ne saurait avoir ; de multiples facteurs influent sur les résultats et il faut bien se garder de conclusions hâtives. De l'examen de nombreuses publications françaises et étrangères consultées les faits suivants ressortent qui diminuent la valeur absolue des chiffres avancés :

A de rares exceptions près, les cas soumis à la greffe sont en petit nombre, les publications font état de I5 ou 20 cas, chiffres bien faibles pour tirer des indications générales.

Les ilôts sont rarement homogènes ou les ulcérations ne sont pas classées en fonction de leur étiologie. Or, si macroscopiquement, rien ne ressemble plus à un ulcère de jambe qu'un autre ulcère de jambe, rien ne diffère plus que l'évolution comparée de ces deux mêmes ulcères. Un ulcère jeune, par varices essentielles, n'a aucun rapport dans l'évolution et la conduite thérapeutique avec un vieil ulcère calleux, géant, invétéré après thrombose profonde.

. les indications de la greffe sont essentiellement différentes suivant les auteurs. Certains greffent facilement, même des ulcères jeunes. Pour beaucoup - la plupart - la greffe représente l'indication de la dernière chance, après échec de toutes les autres thérapeutiques.

. le Recul est souvent insuffisant. Or telle statistique de greffe présente 80% de bons résultats immédiats, mais les rechutes s'élèvent à 50 ou 60% au bout de quelques années.

. Enfin alors que la prise du greffon dépend essentiellement de la technique locale de la greffe de l'ulcère, son devenir va dépendre de la qualité du traitement étiologique et de la surveillance médicale régulière (mesures hygiéniques, contention élastique, sclérose, chirurgie de l'insuffisance veineuse, révision annuelle pour sclérose complémentaire, etc..)

toutes choses extérieures à la chirurgie plastique.

Ces réserves faites sur la valeur de la statistique, nous allons aborder l'étude de la Technique et des Résultats des deux grandes méthodes, l'excision-greffe et les greffes en pastilles (et plus accessoirement les greffes minces au dermatome).

L'EXCISION -GREFFE :

Technique :

C'est l'intervention pratiquée par la majorité des auteurs. Elle est réalisée sous anesthésie générale, de préférence après application d'une bande d'Esmarck. L''excision doit intéresser en surface toute la zone indurée où les récidives ont créé un secteur pigmenté, induré et fragile ; en profondeur elle va jusqu'au tissu sain, c'est a dire jusqu'à l'aponévrose incluse ou non. L'épaisseur de la pièce opératoire peut atteindre 3 à 5 cm. Périoste et gaines tendineuses ne sont pas touchées. Si la sclérose infiltre les gaines tendineuses, on les dissocie par des incisions longitudinales. On obtient ainsi un lit bien vivant favorable à la greffe ; du même coup on supprime tout le système veineux sous et péri-ulcéreux ce qui est un geste essentiel aux yeux de LERICHE et FONTAINE. L'excision doit s'accompagner de la suppression des pédicules veineux supérieur et inférieur de l'ulcère, au besoin par stripping de la veine, sous peine de risquer un petit sphacèle de la greffe au niveau de ces moignons veineux. L'hémostase doit être parfaite pendant toute l'intervention de façon à prévenir toute formation d'hématome et donc tout risque de nécrose totale de la greffe (ligatures fines, légères touches de coagulation qui peuvent être elles-mêmes à l'origine d'une petite zone localisée de nécrose).

La greffe qui suit l'excision est pratiquée soit immédiatement sur le lit ainsi préparé, soit dans un deuxième temps au bout d'une dizaine de jours sur le

mince tissu de granulation qui a recouvert la plaie opératoire.

Le greffon doit être demi-épais. Sa fixation est de la plus haute importance. On a recours à la suture avec un matériel fin, ou plus souvent à une compression douce et régulière par moule de gaze vaseliné fixé par des fils de suture passés en U à la périphérie de la plaie et noués par dessus le moule vaseliné (méthode de LAGROT) ; cependant, ces fils tendus et passés dans un tissu de qualité médiocre provoquent souvent de petits arrachements cutanés longs à cicatriser, source de nouvel ulcère. La compression peut aussi être obtenue par pansement américain et bandage élastique.

De toute façon, une immobilisation stricte doit être réalisée, éventuellement par gouttière plâtrée, jusqu'au premier pansement.

Les soins post-opératoires luttent contre les risques de sphacèle et surtout de phlébite. Le premier pansement se place en moyenne au 7ème jour . Le système de contention et le support vaseliné sont enlevés avec précautions ; la greffe est nettoyée au sérum physiologique et emballée dans du tulle gras ou mieux exposée à l'air. Il faut surtout surtout supprimer les petits sphacèles partiels pour découpage, vider les sérosités et les hématomes par ponction. Une antibiothérapie par voie générale est particulièrement indiquée avant et pendant toute cette période. Le maintien au lit, membres inférieurs surélevés, est nécessaire pendant au moins quinze jours. Les soins kinésithérapiques sont importants pour entretenir un bon état fonctionnel de la jambe et pour prévenir toute thrombose. La crase sanguine est régulièrement surveillée. La marche est autorisée au 20ème jour avec contention élastique.

L'excision-greffe est parfois pratiquée au décours d'autres interventions constituant la cure de l'insuffisance veineuse (crosectomie associée à stripping en général, mais aussi incisions étagées pour découverte

et ligature de perforantes, sympathectomie lombaire ou fémorale, intervention sur les vaisseaux profonds).

Dans les mois qui suivent, la contention élastique modérée, prudente, non traumatisante doit être conservée, le malade devra tenir le greffon propre, éviter toute macération et tout traumatisme (d'autant que la sensibilité normale du greffon ne réapparaitra qu'au bout de quelques mois). La dépression post-opératoire de la zone excisée se comblera peu à peu.

Enfin et surtout, l'activité du malade ne sera rétablie que progressivement avec les précautions habituelles pour éviter la stase veineuse des membres inférieurs. On le convoquera régulièrement pour examen de la circulation veineuse de façon à poser les indications d'un traitement d'entretien par sclérose complémentaire.

Telle est la technique de l'intervention, rapportée par les Professeurs PIERRE et GATE (20) aux 3èmes Journées Phlébologiques d'Aix en Provence de 1955, intervention pratiquée à quelques variantes près par de nombreux chirurgiens. Il faut en rapprocher les méthodes de circonvallation ou d'aponévrectomie à la KELILIAN suivie de greffe utilisée en particulier par FONTAINE (incision des téguments à distance de l'ulcère en le circonscrivant, ligature-résection de toutes les veines rencontrées jusque sous l'ulcère, résection de l'aponévrose jambière dans le but de favoriser une revascularisation par la profondeur).

Analysons maintenant les résultats des différents auteurs :

Résultats des Professeurs PIERRE et GATE (20)

" Nous avons opéré 62 malades porteurs d'ulcères de jambe d'origine veineuse . L'âge moyen de nos opérés était de 5I ans ; parmi ceux-ci, 7 avaient plus

de 70 ans. Dans tous les cas, il s'agissait d'ulcères évoluant depuis plusieurs années (moyenne : 6 ans).

Dans 57 cas, nous avons utilisé des greffes libres avec 6 échecs immédiats. Dans I7 cas, nous avons eu une récidive. Certaines de ces récidives ont été greffées à nouveau avec succès dans 4 cas".

Une autre statistique de MM. GATE et FRANCILLON fait état de 46 ulcèrations chroniques de jambe traitées par larges lambeaux dermo-épidermiques (*) . Sur ces 46 ulcérations, 26 étaient des ulcères traumatiques, infectieux ou sur moignon ; les 20 autres étaient dus à l'insuffisance veineuse chronique (I4) ou à la capillarité nécrotique. Trois de ces 20 ulcérations recevaient un lambeau pédiculé selon la méthode de Gross-leg ou un lambeau de rotation.

Pour les I7 ulcères veineux traités par excision et large greffe dermo-épidermique, l'âge moyen du malade était 53 ans ; l'ancienneté moyenne de l'ulcère 8 ans ; la surface moyenne de l'ulcère 50 cm2, la surface greffée après excision 80 cm2.

- Il y eut 2 échecs complets à 0% de prise.

- La surface de prise immédiate moyenne des autres greffes était de 83%.

- Il y eut 6 récidives en moins d'un an, survenues dans une zone où la greffe avait échoué et où la cicatrisation s'était faite spontanément. Ces récidives étaient dues pour la plupart à l'éthylisme, aux lésions de grattage ou à un traumatisme.

(*) Annales de Chirurgie, octobre 1955, 627-629.

Les auteurs insistent sur :

- "la nécessité absolue d'exciser le plancher de l'ulcère en cas de plaie ancienne de plusieurs mois".

- la nécessité d'une "large excision de surface en se basant sur le caractère adhérent ou souple de la peau".

- l'obligation de regreffer "immédiatement la zone où la greffe a échoué, fut-elle de 1%", pour éviter les récidives. Car la récidive intéressera à coup sûr la zone cicatrisée spontanément (c'est aussi l'opinion de LAGROT).

Résultats de l'Ecole Lilloise - Professeur HURIEZ et collaborateurs (10) (13)

Les auteurs lillois insistent sur le fait que "la greffe n'est qu'un complément accompagnant ou suivant le traitement de la stase veineuse". Elle doit toujours être précédée de la résection complète de l'ulcère, du tissu de sclérose qui l'entoure jusqu'à l'aponévrose parfois même jusqu'au plan musculaire. C'est à cette condition que l'on peut espérer une prise rapide et totale d'un transplant et surtout une guérison de longue durée".

Enfin, il est en général nécessaire de "compléter l'excision par la dissection aussi haute que possible sur la jambe des veines sus-jacentes à l'ulcère thrombosées ou noyées dans un placard de phlébite superficielle".

La greffe est ensuite fixée comme nous l'avons exposé plus haut.

Les ulcères ainsi traités étaient des ulcères chroniques ou géants (24 cas).

Les résultats immédiats étaient satisfaisants dans 90% des cas. Au bout de plusieurs années, on pouvait classer ainsi les résultats :

- Récidive complète de l'ulcère 8 cas = 33%
- Récidive partielle 6 cas = 25%
- Résultats satisfaisants définitifs 10 cas = 42%

La greffe prend moins bien chez les sujets âgés. Ainsi, il y eut :

- 3 greffes chez des moins de 30 ans : 3 résultats satisfaisants
- I7 greffes chez des malades entre 30 et 60 ans : avec sensiblement 33% de résultats satisfaisants, autant de récidives partielles, autant de récidives complètes.
- 4 greffes au-delà de 60 ans, et seulement 1 très bon résultat et 3 échecs complets.

L'auteur comparant les résultats satisfaisants définitifs (42% aux résultats satisfaisants obtenus avec les autres méthodes :

- sclérose : 32%
- chirurgie de l'insuffisance veineuse (crosectomie et sclérose rétrograde pour la plupart): 42%,

en conclut la valeur de la chirurgie plastique, d'autant plus que certains échecs sont expliqués par la priorité donnée au temps cutané par rapport au temps veineux au début de l'expérimentation.

Résultats de MM. WATIN, BEUREY, MOUGEOLLE et collaborateurs (28)

Ces auteurs ont pratiqué I5 excisions suivies de greffes sur des ulcères chroniques rebelles au trai-

tement médical.

Ces I5 malades étaient âgés de 20 à 65 ans. Les résultats immédiats étaient tous satisfaisants. Il y eut 2 rechutes au bout de quelques mois. Pour les I3 autres, il n'y eut pas de récidive. Dans un cas l'excision-greffe a réussi chez un malade obèse (120 kg) avec un éléphantiasis des deux membres inférieurs et une volumineuse perte de substance de tout le talon gauche. Certains de ces succès se maintiennent depuis 30 mois (mais pour la majorité des cas le recul semble insuffisant).

Les auteurs pensent que les indications de la greffe de LAGROT peuvent être élargies et étendues aux ulcères récents.

Résultats des auteurs canadiens : M. AUGER (3)

Le travail porte uniquement sur les ulcères veineux post-phlébétiques.

L'auteur pratique dans une même intervention crossectomie, stripping et excision-greffe.

"Quand l'ulcère est très étendu en surface et en profondeur , entouré de troubles trophiques, quand il occupe tout le 1/3 inférieur de jambe et se montre rebelle au traitement, il faut alors ajouter à la ligature et au stripping, soit la ligature des communicantes, soit l'excision complète suivie de greffe, soient les deux associées"..

L'excision large de l'ulcère est pratiquée jusqu'à l'aponévrose : "il faut enlever en superficie et en profondeur tous les tissus infiltrés abritant collatérales et communicantes. Souvent on trouve trois ou cinq communicantes sous l'ulcère et cinq ou six grosses collatérales dans le tissu fibreux du pourtour. S'il existe plus haut d'autres communicantes, il faut les exciser selon la technique de LINTON".

La greffe est suturée avec de la soie vasculaire et maintenue en contact avec le lit par un pansement compressif.

L'auteur note les avantages suivants de la méthode :

- raccourcissement du temps d'hospitalisation : il est inutile d'essayer de guérir l'ulcère avant la greffe puisqu'on l'excise ; il suffit de vaincre l'infection.

- la greffe permet une excision très large de l'ulcère et des tissus environnants, donc atteint toutes les communicantes qui échappent en partie au stripping.

Les seules contre-indications sont, outre les contre-indications générales à toute intervention chirurgicale :

- l'infection de l'ulcère, surtout si le stripping est nécessaire,

- une phlébite récente (il faut attendre un an la recanalisation des vaisseaux).

- l'existence de troubles artériels.

Les seules complications notées sont des nécroses partielles de la greffe.

L'auteur a opéré ainsi I4 malades en deux ans et demi ; il a observé :

- I2 guérisons (parmi les 12 cas guéris, 3 femmes ont eu une nouvelle grossesse sans récidive de l'ulcère).

- 2 nécroses importantes de greffe.

Là aussi le recul parait au total insuffisant. mais les excellents résultats sont expliqués par la com-

plexité et la qualité du temps veineux de l'intervention visant à la cure tant de l'insuffisance ostiale que de l'insuffisance des perforantes par plusieurs procédés associés.

Opinion de M. F. B. COCKETT (7) (8) (27)

Cet auteur a mené sur plan anatomique (26 dissections), phlébographique et clinique une importante enquête sur la pathogénie et le traitement de l'ulcère de jambe. Cette enquête a montré l'importance des perforantes dans la pathogénie de l'ulcère.

" Dans la position debout, le drainage de l'ulcère est assuré pour la plus grande partie par les perforantes qui réunissent le réseau sous-cutané aux veines tibiales. Il en existe :

- trois en dedans au I/3 inférieur de jambe.
- une en dehors à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur qui perfore l'aponévrose jambière,

la participation du système saphène est relativement minime"....

Les phlébographies montrent sous le socle ulcéreux un "lacis veineux abondant qui se termine en haut par la perforante interne et supérieure. S'il existe une grosse dilatation, ce lac veineux perpétue les conditions défavorables même si on ligature saphène et perforantes", ce qui justifie l'excision totale de la lésion et du lac veineux".

Pour l'auteur le traitement doit agir suivant les cas sur les trois causes :

- insuffisance de la saphène pour les ulcères variqueux
- insuffisance des veines fémorales et poplitées pour les ulcères post-phlébitiques.

- insuffisance des perforantes,

et unir à la ligature des veines à reflux, l'excision du lacis veineux qui unit les perforantes internes dans le tissu sous-cutané, et si nécessaire l'excision de l'ulcère en bloc.

Au cours de l'intervention, toute veine importante rencontrée dans le tissu sous-cutané est libérée et disséquée vers le haut et vers le bas, la perforante supérieure ou moyenne en dedans est très souvent dilatée (reflux . .) ; les veines sont liées à l'émergence de l'aponévrose et le lacis veineux superficiel réséqué. Toutes les veines sortant de la région sont suivies avec soin, ce qui peut conduire vers une saphène ou une autre perforante avec reflux passé inaperçu (incision séparée parfois nécessaire).

L'intervention ne touche pas au "boitier aponévrotique" qui favorise le drainage veineux de la région lors des contractions du mollet (contrairement à la technique de LINTON où la ligature des veines à reflux se fait après résection d'une bande aponévrotique jambière). Une greffe est pratiquée au 4ème ou 5ème jour. L'immobilisation au lit doit être prolongée 2 à 3 mois pour que la greffe soit solide.

On note dans les suites opératoires de fréquents sphacèles des bords de la greffe ou des berges de la plaie (limités si l'on évite une trop large dissection sous-cutanée.)

L'auteur ne chiffre pas ses résultats, volontairement en raison du recul insuffisant. Ils seraient cependant très favorables dans la plupart des cas.

Résultats de M. J. D. MARTINET (I5) - (I6)

Pour cet auteur, les greffes sont rarement indiquées et uniquement en cas d'hypodermite importante où elles doivent toujours être précédées de l'excision

du socle ulcéreux et du traitement de l'insuffisance veineuse.

Sur 426 ulcères traités, 172 recevaient un traitement chirurgical, dont 15 une greffe. On notait :

- 7 excellents résultats, soit 47% (activité très améliorée, pas de récidive de l'ulcère depuis 2 ans, pas de récidive notable de varices, ni oedème, ni troubles trophiques).

- 4 résultats moyens = 26,5% (activité diminuée, pas de récidive de l'ulcère dans les 2 ans, mais oedème et troubles trophiques mineurs).

- 4 mauvais résultats : 26,5% (ulcère réouvert, troubles trophiques graves, oedème).

Tous les auteurs cités jusqu'ici sont favorables à l'excision-greffe avec cependant des indications différentes, plus ou moins larges pour chacun.

Pour eux l'excision constitue une étape du traitement de la maladie ulcéreuse - en supprimant largement tout le tissu scléreux du socle péri-ulcéreux et le lacis veineux sous ulcéreux - ; l'excision permet la recherche et l'exérèse des veines nourricières de l'ulcère, des perforantes et doit donc diminuer la fréquence des récidives; la greffe n'intervient que pour autoriser une plus large excision et une cicatrisation plus rapide.

MM. RIMBAUD et LISBONNE (22), ADLOFF (1), BLANC et CRESSON (4), TINGAUD (23) (24), sans donner de statistiques parce que leur expérimentation manque de recul, partagent le même avis.

A l'inverse, de nombreux auteurs condamnent formellement l'excision-greffe :

Ainsi, M. OLIVIER rapporteur au congrès de Chirurgie de 1959 sur le traitement chirurgical des troubles

trophiques des membres inférieurs : (I8) (I9)

"Je réprouve tout à fait les larges exérèses de l'ulcère avec les tissus sous-jacents suivies de greffe : le résultat éloigné n'est pas meilleur et le risque embolique dans les suites n'est pas négligeable ; quant à l'aspect esthétique, il est pire"...

"... La résection des tissus ulcéreux et périulcéreux ne mérite pas d'être associé à la greffe. C'est dans l'immédiat une complication inutile sans que pour l'avenir le résultat soit plus stable. On a bien enlevé le réseau veineux qui transmettait l'hypertension à la face profonde de l'ulcération, mais on a laissé subsister la même cause à la périphérie de la zone réséquée. L'ulcération réapparaitra en ce point si aucun traitement étiologique n'est entrepris. C'est ce qui survient après un intervalle de 1 à 3 ans pour 4 de nos 6 opérés".

C'est aussi l'opinion partagée par :

- M. ENJALBERT, co-rapporteur au Congrès de Chirurgie de I959,

- M. LUKE, dont les 8 opérés par excision-greffe ont tous vu leur ulcère récidiver dans un délai de 1 à 3 ans.

- M. LINTON, dont I0 des I3 malades traités ainsi (77%) ont récidivé.

- et des médecins phlébologues, MM. TOURNAY et MARMASSE (25) qui insistent sur le haut pourcentage de récidive des ulcères après excision-greffe :

"la greffe est d'intérêt nul si elle est isolée, elle n est défendable que :

a - si les méthodes conservatrices maniées avec persévérance et compétence ont échoué ce qui est exceptionnel ;

b - si avant la greffe, le terrain a été assaini, asséché par la sclérose de toutes les veines pathologiques accessibles et par une contention élastique prolongée ;

c - si le phlébologue, seringue en main, soumet ultérieurement l'opéré à une surveillance indéfinie, comme après une sclérose banale".

De même MM. WERTHEIMER et SAUTOT (29) rapportent que sur 5 excisions-greffes pratiquées, ils n'ont observé que 2 bons résultats (avec un recul respectif de I8 mois et de 3 ans).

On peut RESUMER les résultats des différents auteurs par le tableau ci-après :

INTERPRETATION DES RESULTATS

Le tableau ci-après fait clairement ressortir la divergence des résultats - le pourcentage des récidives après excision-greffe allant suivant les auteurs de 0 à 100% avec une moyenne de 48%.

Pour les raisons exposées plus haut, et en particulier le manque de recul de certaines statistiques, il ne faut pas donner une valeur absolue à ces chiffres ; cependant l'on peut faire plusieurs remarques :

- les deux auteurs 5 et 6 qui, après un recul suffisant, ont encore un pourcentage important de bons résultats (87% et 86%) sont ceux qui ont associé à l'excision-greffe un traitement étiologique poussé de l'insuffisance veineuse (crossectomie et stripping au minimum et parfois, en plus, incisions étagées pour ligature de communicantes). La statistique de M. AUGER est surtout remarquable, qui ne porte que sur des ulcères post-phlébitiques de traitement particulièrement difficile et hasardeux.

Auteurs	Total des cas	Nécrose de la greffe		Récidive de l'ulcère		Bon résultat définitif		Traitement de l'insuffisance veineuse	Observations
		Nbre de cas	%	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%		
PIERRE-GATE 1-	57	6	10%	17	30%	34	60%	-	Recul insuffisant
GATE-FRANCILLON 2-	17	2	11%	6	36%	9	53%	-	Recul insuffisant
HURIEZ 3-	24	2	8%	12	50%	10	42%	±	
WATIN 4-	15	0	0%	2	13%	13	87%	-	Recul insuffisant
AUGER 5-	14	2	14%	0	0%	12	86%	+	Ne concerne que des ulcères post phlébitiques
MARTINET 6-	15	-	-	4	26%	11	74%	+	
OLIVIER 7-	6	-	-	4	67%	2	33%	-	
LUKE 8-	8		-	8	100%	0	0%	-	
LINTON 9-	13	-	-	10	77%	3	23%	-	
WERTHEIMER 10-	5	-	-	3	60%	2	40%	-	
Moyenne des %			3%		48%		49%		

* - 5 auteurs ne donnent pas le % de nécrose primitive des greffes

- Ce % calculé sur les 5 premiers auteurs serait de 9 %.

- les auteurs qui sans pratiquer de traitement étiologique de l'insuffisance veineuse ont de bons résultats (1-2 - et 4) n'ont pas en général de recul suffisant pour la plupart de leur cas.

- les auteurs qui n'ont pas pratiqué de traitement étiologique et qui ont assez de recul donnent tous de très mauvais résultats - allant de 67 à I00% de récidives (7_8-9-I0).

D'où une première conclusion que l'on peut avancer sans se hasarder :

En règle générale, l'excision-greffe ne peut constituer à elle seule le traitement de la maladie ulcéreuse (bien que la ligature de perforantes et la résection du lacis veineux sous-ulcéreux qu'elle permet soit une ébauche de ce traitement dans certains cas).

Nous pensons qu'elle ne doit pas être condamnée en bloc et qu'elle garde certaines indications, limitées, il est vrai :

- certes de tous les traitements opératoires de l'ulcère, c'est le plus complexe, le plus long, celui qui demande la plus longue immobilisation (1 à 3 mois suivant les auteurs) donc qui présente le plus grand risque phlébogène,

- certes l'échec de la greffe (I0%) peut poser de difficiles problèmes de couverture des tissus excisés, et après de tels décollements sous-cutanés, le risque de nécrose des berges n'est pas négligeable,

- certes les excellents résultats des statistiques 5 et 6 (85% de guérisons durables lorsque excision-greffe et temps veineux parfois très complet sont associés) sont à peine supérieurs aux résultats globaux de la seule chirurgie veineuse des ulcères (crossectomie, stripping, perforantes) ou de la sclérose.

- mais n'oublions pas que dans ces 2 séries d'observations, il s'agit d'ulcères rebelles à tout traitement, ceux justement qui font l'objet des plus mauvaises statistiques.

L'excision -greffe ne devra donc pas être tentée d'emblée, et ne devra être envisagée que sur de vieux ulcères rebelles, après échec de toutes les autres thérapeutiques de l'insuffisance veineuse "maniées avec persévérance et compétence":

- en particulier lorsque, après phlébite on croit pouvoir incriminer le rôle de perforantes non liées au système saphène - donc non touchées par le plus complet des stripping - ainsi que COCKETT l'a montré dans certains ulcères ; l'argument opératoire pourra parfois être appuyé par la phlébographie (x).

- après respect des contre-indications à cette chirurgie (artérite en particulier).

(x) Phlébographie "rétrograde dynamique" dont les auteurs soulignent les difficultés d'interprétation.

LES GREFFES EN PASTILLES

L'excision-greffe, par une intervention radicale, l'exérèse du socle ulcéreux, se propose de supprimer les conditions locales de toute récidive. Les greffes en pastilles ont un but et une technique plus modestes: sans toucher au sous-sol, il s'agit de fermer l'ulcère, même s'il est géant, vite et à tout coup - d'où l'intérêt des pastilles qui prennent toujours même sur un milieu infecté. La fermeture de l'ulcère va briser le cercle vicieux : infection, sclérose, récidive et pour un temps améliorer l'état du sous-sol. Mais c'est la thérapeutique étiologique qui doit normaliser les conditions vasculaires de la région de façon définitive et éviter toute récidive en supprimant l'insuffisance veineuse.

Technique :

Elle est extrêmement facile ; c'est de la petite chirurgie ; et une petite chirurgie anodine , sans aucune possibilité de complication, qui n'impose en aucune manière l'hospitalisation. La préparation de la surface à greffer varie suivant la qualité de l'ulcère.

Pour recevoir la greffe, l'ulcère doit aussi être propre que possible, de surface régulière, rouge et résistante, sinon il faut le préparer selon plusieurs modalités :

- l'ulcère infecté avec une suppuration plus ou moins importante et fétide doit être désinfecté ; la désinfection est en général obtenue par les moyens les plus simples : repos, lavages au sérum physiologique, solutions antiseptiques faibles non irritantes (permanganate, Dakin, ammonium quaternaire, Hexomédine, etc...). Rarement une infection tenace nécessite une antibiothérapie

classique, GENERALE, à large spectre, ou l'emploi sur l'ulcère d'antibiotiques uniquement LOCAUX (bacitracine, néomycine, polymyxine, framycétine) en se méfiant des réactions d'eczématisation. Cette application locale d'antibiotiques aux infections rebelles est guidée par la clinique (le pus vert-bleu du pyocyanique) ou par l'antibiogramme.

- l'ulcère sphacélique recouvert de débris nécrotiques et l'ulcère couenneux recouvert d'un enduit jaune adhérent, fibrinoïde sont détergés par les fibrinolytiques (action rapide, remarquable et indolore de la Papaïne).

- un bourgeonnement excessif avec une nappe granulomateuse rouge, irrégulière, friable, dépressible, véritable barrière à l'épidermisation est combattu par nitratage au crayon (ou très exceptionnellement par une corticothérapie modique).

Après une telle préparation, on obtient un ulcère dont le fond est constitué par un mince tissu de granulation, rouge, propre, solide, non friable au toucher, régulier.

Ici se place une question discutée : FAUT-IL ABRASER LA SURFACE GRANULEUSE avant la greffe ?

LAGROT ne se prononce pas formellement et expose ainsi le problème :

" les plaies granuleuses pour être greffées, doivent être rouges, faites de petites granulations non oedémateuses, saignant au contact, à peine suintantes, débarrassées de tout élément mortifié. La détersion humide suivie de pansements compressifs relativement rares, la balnéation générale ou locale (Bunyan-bag) nous paraissent supérieures aux autres méthodes. La plaie granuleuse doit-elle oui ou non être abrasée ?

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'abraser les bourgeons "malsains" d'une plaie sus-

pecte avant de greffer. Par contre, les opinions diffèrent en ce qui concerne la préparation du lit récepteur d'une plaie granuleuse saine.

a - les uns considèrent la couche granuleuse comme la surface de réception idéale du greffon. L''inconvénient est de laisser subsister avec les bourgeons une infection latente éventuelle et un potentiel de fibrose.

b - les autres suppriment la couche des granulations avant l'application du greffon, soit par abrasion, soit par section au rasoir. L'hémorragie ainsi déterminée est facilement contrôlée par tamponnement et la surface plus saine ainsi obtenue permet l'application d'un greffon plus épais. En cas de surfaces étendues ou si l'abrasion a déterminé un suintement hémorragique important, on la fera suivre d'un pansement compressif et la greffe sera appliquée 48 heures après".

MM. CORDONNIER et DEBEER (9), après une étude histologique poussée, se prononcent formellement pour l'abrasion du granulome par curetage:

" la greffe ne dispense pas du curetage bien au contraire ; on pourrait être tenté de faire d'emblée une greffe sur le granulome après une désinfection rapide . On risquerait d'abord un échec, mais la bonne volonté des greffons est si grande qu'ils finiront bien par végéter tant bien que mal sur un chorion défectueux. Cependant, à l'usage les choses seraient moins favorables et il est probable que l'on se trouverait devant des récidives plus ou moins rapides"..

".... la greffe est le meilleur des traitements cicatrisants de l'ulcère, mais avant de la faire, il faut penser aux fondations et donc supprimer le sol instable du granulome en nappe".

MM. DUBOIS et COLOMB, MM. LONGUET et LIEVAN abrasent le granulome à la curette mousse dans la plupart des ulcères à greffer.

Pour notre part, nous pensons qu'il s'agit là d'une question assez secondaire et que l'abrasion constitue une complication inutile en ce qui concerne les greffes en pastilles. Ce qui est important c'est que le tissu de granulation soit sain, propre, mince - ce que l'on obtient aisément par la préparation médicale - en particulier un tissu de bourgeons exubérants doit être ramené à de plus justes proportions par nitratage. De grandes greffes uniques demi-épaisses s'accomoderaient mal du granulome même sain ; les greffes en pastilles par contre y prennent toujours très bien - les récidives, elles, ne dépendent pas du granulome mais du traitement étiologique et de sa qualité (plus de 30 greffes d'ulcères, brûlures, escarres réalisées sans abrasion et avec d'excellents résultats n'ont pas démenti cette opinion) Il faut dire de plus que l'abrasion entraine de petites hémorragies qui peuvent compromettre la prise de quelques pastilles ; enfin, elle nécessite l'anesthésie générale ce qui restreint le caractère simple et l'intérêt de la méthode (*)

Au bout de quelques jours de préparation médicale où se place utilement le début du traitement étiologique (sclérose d'abord distale, contention élastique, éventuellement infiltrations péri-fémorales ou lombaires), l'ulcère est prêt à greffer.

L'intervention se déroule ainsi :

- Anesthésie locale sous-cutanée de la face antéro-externe de la cuisse et désinfection de cette zone par ammonium quaternaire.

(*) l'abrasion est parfois réalisable à l'anesthésie locale (jet de chlorure d'éthyle) pour de petits ulcères.

Les seuls instruments nécessaires sont un bistouri bien affûté (à lame interchangeable) et une aiguille de Reverdin droite, fine, dite "intestinale".

- On pique la peau anesthésiée avec l'aiguille de Reverdin et l'on soulève ainsi une petite zone que le bistouri manié tangentiellement à la peau découpe en une pastille superficielle. Un petit entrainement permet de déterminer des pastilles à peu près égales, de 1 cm. de diamètre d'épaisseur un peu inférieure à 1 mm.

- Chaque pastille est posée sur le fond de l'ulcère et étalée avec le bord mousse du bistouri ; pastille après pastille on couvre l'ulcération; il pourrait suffire de couvrir I/3 de la surface à greffer pour avoir un résultat convenable, mais la cicatrice sera plus solide si les pastilles sont déposées de manière presque jointive.

- L'immobilisation des greffons est le temps capital dont va dépendre le succès de la greffe : elle est réalisée par une grande feuille de tulle gras appliqué avec précaution sur la face greff et elle est complétée par un paquet de compresses et une bande de crêpe ou un bandage élastique fin.

- Le lieu de prélèvement reçoit aussi un pansement au tulle gras.

- Le maintien au lit pendant 5 jours permet une meilleure immobilisation des greffes mais n'est pas nécessaire.

- Le premier pansement se place au 7è jour ; l'arrosage du tulle gras à l'éther permet l'ablation du pansement sans arracher les pastilles ; la greffe est alors passée à l'éosine et laissée à l'air. Le bourgeonnement des pastilles comble rapidement la surfaee non greffée : si les pastilles sont presque jointives, la cicatrisation est terminée au dixième jour.

- La cicatrisation du lieu de prélèvement ne pose aucun problème et se fait rapidement.

La contention élastique et la sclérose doivent être alors poursuivies ou la chirurgie entreprise (la suppression de l'infection de l'ulcère permettant le stripping).

Telle est la méthode que nous avons suivi dans les cas que nous présenterons plus loin.

Examinons maintenant les résultats des greffes en pastilles:

Analyse des travaux des auteurs scandinaves NORHOLM-PEDERSEN, REYMAN, SCHAEFFER (I7)

Ces auteurs ont pratiqué pendant 2 ans I/2 des greffes en pastilles minces de REVERDIN sur des ulcères de jambe rebelles au traitement dermatologique habituel. Il n'y a pas eu de traitement étiologique de l'insuffisance veineuse sur les malades greffés.

58 malades ont été greffés par de petites pastilles posées directement sur le tissu de granulation de l'ulcère non abrasé. Il y avait par ulcère 5 à I50 pastilles prélevées avec une paire de petits ciseaux. Les ulcères étaient des ulcères calleux, invétérés pour la plupart, comme le montre leur répartition en fonction de leur ancienneté : (voir tableau ci-après).

Sur ces 58 malades, l'un a subi 3 greffes successives après échec des deux précédentes, 9 ont été greffés à deux reprises. Il y a donc eu en tout 69 greffes réalisées.

Ancienneté de l'ulcère	Nombre de cas	%
Inconnue	3	4 %
Moins d'un an	2	3 %
1 à 5 ans	16	29,5 %
6 à 10 ans	9	15,5 %
11 à 25 ans	14	24 %
Plus de 25 ans	14	24 %

Résultats : sur les 69 greffes :

- I0 greffes = I5% ne prennent pas et se nécrosent d'emblée.

- 26 malades = 38% voient une récidive de l'ulcère dans les trois semaines.

- La greffe tint au-delà de trois semaines pour seulement 33 malades (47%)

- A la date de la publication de la statistique, et après une observation moyenne de I7 mois, il ne restait plus que 6% de succès (I8 cas) et seulement 9 de ces I8 cas bénéficiaient d'un recul supérieur à un an.

On peut schématiser les résultats par le tableau ci-après :

Résultats de la greffe	Nombre de cas	%
Nécrose de la greffe et récidive de l'ulcère entre 2 jours et 4 semaines	38	55 %
Récidive de l'ulcère entre 1,5 mois et 18 mois (6 mois en moyenne)	13	19 %
Pas de récidive de l'ulcère à la date de la statistique (17 mois en moyenne)	18	26 %
... Dont ulcères sans récidive après 1 an de recul	9	13 %

La comparaison des résultats en fonction de l'étiologie de l'ulcère ne montre aucune signification.

Les auteurs concluent de cette expérimentation que les greffes ne donnent pas de résultats supérieurs au traitement dermatologique habituel, mais raccourcissent notablement la durée du traitement et du temps d'hospitalisation.

Ces travaux appellent de notre part quelques commentaires :

- le pourcentage considérable (74%) de récidives est expliqué par l'absence de traitement de la maladie ulcéreuse et confirmerait, si besoin, que la greffe isolée sans traitement étiologique de l'insuffisance veineuse n'apporte pas une cicatrisation beaucoup plus durable que les autres traitements limités à l'ulcère : dès que le malade se remet debout, l'ulcère récidive (les récidives auraient peut être été retardées par l'emploi de greffons plus épais de DAVIS).

- les greffes de DAVIS et de REVERDIN se nécrosent rarement pendant la durée de prise. Or, ici 10 greffres (15%) se nécrosent d'emblée. Peut être est-ce dû à l'imperfection de la fixation des greffes (Intérêt d'une contention élastique...) et à la préparation insuffisante de de la surface à greffer.

Résultats de l'auteur scandinave F.H. REITER (21)

Ce travail est superposable au précédent : l'auteur emploie la même technique de greffe avec les mêmes indications (ulcéres invétérés rebelles au traitement médical). Il n'y a pas de cure de l'insuffisance veineuse.

Sur 57 malades greffés :

- 33 ulcères = 56% cicatrisent immédiatement
- 12 ulcères = 22% cicatrisent plus lentement (élimination de plusieurs pastilles)
- 12 greffes = 22% se nécrosent d'emblée
- Après 3 mois d'observation, il ne reste plus que 43% de succès.
- A la date de la publication et après une observation moyenne de 31 mois, 29% des ulcères n'ont pas récidivé.

L'auteur pense que :

- même lorsqu'il y a échec et nécrose de la greffe, celle-ci agit en tant qu'accélérateur de l'épithélialisation et peut raccourcir la durée de cicatrisation.
- l'avenir du greffon est lié à sa facilité de prise ; plus il prend vite, plus il sera solide.

Résultats de MM. DUBOIS et COLOMB (11)

Les auteurs rapportent les résultats du traitement de I8 cas de vastes ulcères de jambes de cause variées par des greffes en pastilles suivant la méthode de DAVIS : "Les ulcères traités étaient tous des ulcères extrêmement invétérés et rebelles à tous les traitements classiques employés soit avant soit au cours de l'hospitalisation (topiques nombreux et variés, traitement ambulatoire de BURGRAFF, infiltrations lombaires, fémorales, ultra-sons, némectron, etc....). Leur étiologie était diverse, les uns variqueux, d'autres par capillarite, d'autres trophiques sur cicatrice.

La méthode employée a l'avantage d'être extrêmement simple, très facile à réaliser dans un service de dermatologie hospitalier et même éventuellement sans hospitalisation. L'ulcère doit d'abord être désinfecté pendant le temps nécessaire. La veille de l'intervention on pratique le curetage des bourgeons ou un pansement antiseptique.

La greffe se fait par prélèvement à la cuisse de petits greffons dermo-épidermiques en pastilles de 1 cm de diamètre, ou simple bistouri. Ils sont appliqués sur l'ulcère, non pas forcément juxtaposés, la surface totale non recouverte étant à peine supérieure à la surface couverte"....

Un pansement au tulle gras immobilise les pastilles ; l'immobilisation au lit n'est pas indispensable et certains malades ont pu marcher en portant une bande élastique.

Le premier pansement a lieu au 12ème jour ; il montre un suintement très abondant autour des pastilles, l'épidermisation progresse autour de chaque greffon et la cicatrisation est totale au 3ème ou 4ème pansement (21 à 32 jours) :

" Nous avons constaté une prise de la très grande majorité ou de la totalité des pastilles. Sur nos I8 observations (à l'exception d'une) nous avons pu observer une cicatrisation totale. Dans un seul cas les greffes ont mal pris : sans doute parce que le curetage des bourgeons n'avait pu être fait la veille et que, pratiqué immédiatement avant la prise des greffons, il a laissé subsister de minimes mais nombreuses hémorragies qui ont empêché la prise des pastilles"...

Les auteurs soulignent la nécessité du traitement étiologique :

" Il est certain qu'après cette cicatrisation rapide le traitement des facteurs étiologiques de l'ulcère est à pratiquer en particulier, pour les ulcères d'origine veineuse, le traitement des varices par sclérose ou résection"...

Les auteurs insistent sur :

- la facilité extrême de cette technique,
- la rapidité des résultats obtenus sur de vastes ulcères atones,
- "l'excellente qualité de la cicatrice ; ces greffons cutanés épais donnent un résultat plus solide que la large et mince greffe épidermique au rasoir de LAGROT après excision des tissus sous-jacents. Sans doute la cicatrice a le petit inconvénient esthétique d'être un peu mamelonnée, chaque greffon gardant en partie son épaisseur mais on réduit ainsi la surface du tissu d'épidermisation mince et fragile".

Résultats de MM. Y. J. LONGUET et O. LIEVAIN :(14)

Ces auteurs associent les greffes de DAVIS à des résections veineuses, dont l'indication est portée après phlébographie, résection portant :

- sur les varices, les veines perforantes incontinentes et les paquets variqueux
- sur les veines profondes oblitérées ou recanalisées et devenues avalvulées
- ou à la fois sur un segment de veine profonde à la cuisse, les veines perforantes inoontinentes basses et les paquets variqueux jambiers.

Ils ont "toujours obtenu de durables et d'excellents résultats en utilisant les greffes dermo-épidermiques épaisses en pastilles de DAVIS associées au traitement des troubles veineux ayant provoqué les ulcères".

..." Notre choix s'est porté sur cette variété de greffes parce que ce sont celles qui nous ont donné les résultats les plus durables et les meilleurs. En effet, la greffe de peau mince prend facilement mais elle est fragile. La greffe de peau totale prend plus difficilement ne peut pas être étalée suffisamment à cause de la grande difficulté de la fixer aux bords fragiles d'un ulcère veineux".

Pour ces auteurs. "la greffe de DAVIS devra être réservée aux très larges ulcères de longue évolution pour lesquels les thérapeutiques habituelles échouent le plus souvent ; les petits ulcères guériront par une épidermisation rapide consécutive à la correction de l'insuffisance veineuse.

Quelques jours avant l'intervention l'ulcère est désinfecté au Dakin ou avec des antibiotiques si l'examen bactériologique de la flore microbienne l'exige.

Le malade subit une vaccination antitétanique.

Le protocole opératoire est le suivant :

- Anesthésie générale,
- Résections veineuses ,

- Désinfection de l'ulcère avec une solution d'ammonium quaternaire.
- Abrasion au bistouri et à la curette large de tous les bourgeons charnus sur toute la surface de l'ulcère.
- Excision de 1 ou 2 mm. du bord de l'ulcère. Des compresses imbibées de sérum physiologique tiède arrêtent très facilement le petit saignement en nappe.
- Il n'est pas rare de trouver vers le centre de l'ulcère le saignement en jet de la petite veine perforante qui amène le sang de la profondeur. On doit alors la lier avec un catgut.
- Avec une lame tranchante bien fine (bistouri...) ; on prélève les pastilles dermo-épidermiques sur la face antéro-externe de cuisse et on les place immédiatement sur l'ulcère.
- Un pansement au tulle gras recouvre la plaie et immobilise les greffons ; immobilisation qui est complétée par un paquet de compresses, un bandage élastique et quelques tours de bande plâtrées.

Le premier pansement se place au 7ème jour et le malade reprend la marche à cette date. La greffe est ensuite laissée à l'air.

Les intervalles entre les pastilles sont comblés très rapidement. La peau pommelée au début laisse place à une peau épaisse et solide. La surface cutanée a une tendance à devenir de plus en plus lisse et suffisamment épaisse pour résister même aux traumatismes.

Les auteurs ont ainsi greffé 80 malades avec succès (mais ne précisent pas leur pourcentage de nécrose immédiate de pastilles qui est vraisemblablement nul ou infime, ni le pourcentage de stabilité des guérisons après les résections veineuses complexes qu'ils pratiquent).

D'autres auteurs MM. TRAMIER et BOURRHIS (26) GATE et DUVERNE (I2) montrent que les greffes en pastilles sauvent souvent des situations "désespérantes et en apparence désespérées".

Résultats Personnels

Nous avons réalisé 21 greffes d'ulcères pour la plupart très anciens et géants (ainsi que IO greffes d'escarres ou brûlures qui sortent du cadre de ce travail). Les surfaces à greffer sont préparées médicalement mais jamais abrasées.

EN CE QUI CONCERNE LES ULCERES

- le pourcentage de succès immédiats - prise totale ou partielle de la greffe et fermeture de l'ulcère est de I00%.
- les pastilles ont pris totalement dans I6 cas = 75%.
- dans 5 autres cas, quelques pastilles se sont nécrosées, le plus souvent 2 ou 3 pastilles, une seule fois 30% des pastilles mais même dans ces cas la cicatrisation a été acquise.
  - . rarement (2 cas) après greffe complémentaire
  - . le plus souvent par bourgeonnement des greffons restés en place et au prix d'un léger retard de cicatrisation.
- C'est toujours un défaut d'immobilisation de la greffe qui est à l'origine de cette nécrose partielle ; l'immobilisation des pastilles est parfois difficile à réaliser pour des ulcères creusants à surface irrégulière avec la technique simple exposée ; l'emploi du moule vaseliné pourrait améliorer la méthode ; l'intéressante technique de SANO (fixation des greffons par colle au fibrinogène sans autre immobilisation et exposition d'emblée à l'air) mériterait une étude.

- Certains malades étaient dans un état voisin de la misère physiologique, ou porteurs d'une cirrhose de Laënnec, avec une protidémie abaissée, sans que soit compromise la prise des greffons.

- Grâce au traitement étiologique (sclérose en général, commencée avant la greffe et d'abord distale), il n'y a pas eu de récidive dans les premiers mois. Après deux ans de recul pour la plupart des cas, la stabilité de la guérison parait acquise pour 85% de ces cas.

Nous présenterons ces cas plus loin , en annexe.

CONCLUSION : Intérêt des greffes en pastilles

Il faut souligner le très haut pourcentage de réussite des greffes en pastilles :

Après une préparation médicale correcte, la greffe prend toujours et presque toujours totalement. Quelquefois, une ou deux pastilles mal immobilisées s'éliminent mais c'est sans conséquence : la vitalité des autres pastilles n'est pas compromise et leur bourgeonnement comble vite la petite perte de substance ainsi créée. Exceptionnellement cette petite zone d'échec de la greffe nécessitera une greffe complémentaire réalisée en quelques minutes avec une ou deux nouvelles pastilles.

La greffe de DAVIS n'exige du sous-sol que l'absence d'infection sérieuse et d'hématome ; elle s'accommode fort bien du tissu granulomateux et d'une sclérose sous-jacente importante.

De même, des conditions biologiques difficiles (hypoprotéinémie, anémie) n'en diminuent que peu les résultats.

Le traitement étiologique, comme pour tout traitement durable de l'ulcère est absolument NECESSAIRE ; autant ne pas greffer si on ne doit pas l'entreprendre (cf. les résultats des auteurs scandinaves).

- Si le traitement envisagé est progressif, médical (sclérose, contention élastique) il doit être commencé avant la greffe de façon à avoir supprimé au moins une partie du reflux avant le lever, dans les premiers jours de la greffe - période où la greffe encore jeune est fragile et où les mauvaises conditions vasculaires et la réapparition du reflux à la station debout entraineraient facilement une récidive (55% des malades traités par les auteurs scandinaves récidivent dès le lever avant 4 semaines). Le plus efficace est de commencer à scléroser près de l'ulcère les veines nourricières et les paquets variqueux distaux.

- Si le traitement est chirurgical, il peut intervenir en même temps que la greffe (la préparation médicale de l'ulcère à la greffe permettant le stripping) ou un peu avant.

- De toute façon, les soins post-opératoires habituels à toute greffe d'ulcère seront appliqués (éviter traumatisme, macération, tenir la greffe très propre, contention élastique du lever au coucher au début, sclérose complémentaire indiquée par des examens fréquents etc...)

Il n'existe AUCUNE CONTRE-INDICATION à la greffe, ni COMPLICATION.

C'est un "pansement-greffe" plus qu'une véritable intervention :

La greffe peut donc être réalisée sur n'importe quel malade, en dehors de toute hospitalisation. Son inconvénient est justement d'être trop facile, son succès

risquant de désarmer la vigilance du malade et du médecin pour l'avenir.

Un autre inconvénient , minime, est d'ordre esthétique : la peau, au début, est pommelée, les pastilles marquant un léger relief par rapport au tissu qui les unit. Ce granité s'estompe peu à peu.

Il n'y a pas de risque de phlébite : le maintien au lit est facultatif si l'immobilisation des greffons est correcte ; la marche avec contention élastique peut être autorisée dès les premiers jours.

Indications de la greffe en pastilles

Elle est indiquée chaque fois que la taille ou le caractère atone d'un ulcère laisse prévoir un trop long délai de cicatrisation malgré la mise en oeuvre du traitement étiologique.

Les vieux ulcères calleux, invétérés, géants, en sont donc une indications FORMELLE à notre avis. On économise ainsi plusieurs semaines ou mois de cicatrisation.

Dans les ulcères jeunes, petits, son indication est plus discutable : le traitement étiologique bien conduit va à lui seul fermer l'ulcère en quelques jours ou semaines. Mais même dans ces cas la greffe peut se révéler valable:

- en raison de son caractère bénin ; déposer 4 ou 5 pastilles demande quelques minutes, à peine plus qu'un pansement banal.

- en raison de sa solidité : la peau neuve apportée est plus solide qu'un tissu cicatriciel ; elle résiste mieux aux traumatismes.

- en raison de son caractere spectaculaire : intérêt psychologique pour le malade.

AUTRES METHODES DE GREFFES LIBRES

1 - Les greffons en pastilles peuvent être obtenus par rabotage au dermatome d un grand lambeau puis découpage de ce labeau, aux ciseaux, en ilôts :

M. HURIEZ, en particulier, utilise cette technique dans les ulcères élépantiasiques.

2 - Certains auteurs M. ARNULF (2) et M. BONNET (5) utilisent de grandes greffes dermo-épidermiques fines d'Olier-Thiersch ou même simplement des greffes épidermiques (réalisées au dermatome, donc après anesthésie générale , posées sur l'ulcère préparé médicalement et abrasé mais non excisé.

Cette technique de greffe est donc comme la greffe en pastille une simple méthode temporaire de couverture et nécessite toujours un traitement étiologique veineux .

Le résultat esthétique de cette greffe unique est évidemment bien meilleur que celui de la greffe en pastille, mais au prix d'une anesthésie générale obligatoire. En outre, la greffe, fine, est moins solide que l'épaisse greffe de DAVIS. Enfin bien que les auteurs ne chiffrent pas leurs résultats (en raison d'un recul insuffisant pour apprécier les résultats tardifs de la méthode), le pourcentage d échec inhérent à la taille du greffon ne doit pas être négligeable.

oOo

CAS PERSONNELS SOUMIS A LA GREFFE EN PASTILLES

RESUME DES OBSERVATIONS

1 - L... H...

Homme de 58 ans, jardinier. Etat pré-cirrhotique.

Varices essentielles volumineuses depuis l'âge de 20 ans. Première poussée ulcéreuse , il y a 13 ans. Depuis 4 longues récidives. La 4ème récidive qui est l'objet de la greffe a été déclenchée par un traumatisme (striction par courroie au cours d'une crise de délirium).

Préalablement à la greffe la pré-cirrhose a été traitée, une cure de désintoxication pratiquée.

Gros cordon variqueux le long de la saphène interne; le signe de Trendelenburg montre un reflux ostial discret.

Très grand ulcère face antéro-interne de jambe gauche occupant tout le I/3 moyen, mesurant 50 cm2, très infecté, avec socle scléreux. Après préparation médicale et début de sclérose :

pansement-greffes : près de 60 pastilles
prise de toutes les pastilles et cicatrisation en I0 jours , poursuite de la sclérose et contention élastique.

Revu après I9 mois. Stabilité de la guérison.

2 - M. . . M. .

Femme de 7I ans. Diabétique.

Volumineux ulcères par varices essentielles - jamais traitées. L'ulcère est arrondi, atone, propre, occupant tout le I/3 inférieur de jambe et la malléole interne complètement fixée aux plans profonds. par cellulite rétractile considérable.

Varices importantes tout le long de l'axe saphène interne avec reflux ostial important.

Sclérose et contention élastique amènent un début de cicatrisation.

Greffe avec plus de 70 pastilles jointives.

Prise totale et guérison au I2ème jour.

La sclérose réussit à englober la crosse de la saphène. Guérison stable après I5 mois (contention élastique conservée).

3 - M. . . Y.

Homme de 78 ans, ancien ouvrier agricole, pensionnaire d'hospice.

Insuffisance cardiaque droite avec oedèmes.
Varices essentielles depuis la puberté, jamais traitées.
Ulcère évoluant avec très nombreuses récidives depuis 26 ans, la récidive actuelle dure depuis 5 ans.
Large cordon d'hypodermite englobant tout le trajet saphène interne à la jambe gauche. Reflux ostial important.
Ulcère couenneux ovalaire touchant la malléole et mesurant I6 cms de haut et 8 cms dans sa plus grande largeur.
Après détersion et ligature, résection de la crosse saphène en milieu chirurgical.

greffe en pastilles espacées - plus de I30 pastilles.
Prise totale des pastilles.
Sclérose poursuivie, très longue à réaliser.
Contention élastique conservée.
Pas de récidive après 20 mois.

4 - T... M.

Femme de 60 ans - cuisinière - éthylique.

Phlébite après accouchement à l'âge de 34 ans. Quelques années après, apparition d'un oedème et de varices peu importantes du territoire saphène interne.

Il y a I0 ans, première poussée ulcéreuse ; depuis longues récidives, presque chaque année. Il y a 5 ans, crossectomie saphène interne, isolée, sans résultat.
Ulcère sphacélique avec infection putride, très douloureux, occupant le I/3 inférieur de la jambe, mesurant 50 cm2. Hypodermite massive.
La contention élastique d'épreuve est très bien supportée et amorce après détersion une cicatrisation.
Greffe avec 50 pastilles - Prise totale.
Sclérose tentée mais épisodique.
Se refuse à porter contention élastique.
Récidive complète au 9ème mois (de plus mauvaise hygiène et auto-entretien probable .

5 - L... J.

Homme de 48 ans, ouvrier agricole, tuberculose pulmonaire excavée est sous traitement anti-tuberculeux.

Varices essentielles saphène interne avec paquets jambiers énormes reflux huntérien mis facilement en évidence ; reflux ostial discret.
Petit ulcère de la face interne de jambe, au tiers moyen, durant depuis 5 mois, mesurant 35 cm2, propre , de bourgeonnement exubérant.
Nitratage.
Greffe avec 30 pastilles : prise totale
Sclérose persévérante qui arrive à englober la perforante huntérienne.
Guérison stable après 2I mois.

6 - B... H.

Femme de 72 ans, pensionnaire d'hospice.

Volumineux ulcère atone occupant le tiers moyen de la jambe droite mesurant 60 cm2 ; nombreuses poussées depuis I5 ans ; paquets variqueux jambiers, pas de reflux ostial.
Sclérose de la veine nourricière puis greffe avec 70 pastilles
Prise totale des pastilles.
Guérison stable après 20 mois.

7 - B... J.

Femme de 50 ans commerçante.

Varices saphène externe et ulcère malléolaire et supra-malléolaire de la face externe de la jambe droite, mesurant 30 cm2, couenneux, en évolution depuis 8 mois; base assez souple.
Après détersion-greffe de 25 pastilles : prise totale.
Puis crossectomie et stripping saphène externe.
Stabilité de la guérison après 26 mois.

8 - Le M.. J.

Malade 45 ans, gardien de la paix.

Ulcéreux par varices essentielles depuis I0 ans.
Il y a 4 ans une crossectomie saphène interne gauche associé à un stripping (incomplet il est vrai puisque simplement crural) avait amené une fermeture de l'ulcère.
Mais réapparition de paquets variqueux jambiers, et ulcère depuis 4 mois, très infecté, douloureux, de grande taille, polycyclique -(80 cm2), hypodermite importante.
Sclérose distale, puis greffe, l'ulcère étant cicatrisé au I/3 : 50 pastilles qui prennent toutes.
Sclérose jambière.
Guérison contrôlée au I3ème mois.

9 - D... E.

Femme, 68 ans, Obésité importante(110 kgs)

Enormes varices jambières anciennes, à maintes reprises sclérosées.
Gros ulcère du I/3 moyen de la face interne de la jambe gauche, très infecté et douloureux. Hypodermite +++
Après désinfection greffe : 40 pastilles qui prennent toutes.
Puis sclérose et contention élastique.
Accepte régime pour maigrir.
Recul de 2 ans : guérison stable.

10 - A... J.

Homme de 70 ans, employé de commerce en retraite, pensionnaire d'hospice.

Très mauvais état général, anémie à 3 millions, très dénutri.
Ulcère I/3 inférieur de la jambe gauche à la face interne, par varices essentielles. Reflux ostial ++
Ulcère douloureux, sphacélique, 60 cm2, première poussée, il y a 30 ans, hypodermite +++++
Sclérose difficile et longue. Devant la lenteur de cicatrisation on décide de pratiquer des greffes en pastilles : 40 pastilles espacées, cicatrisation rapide.
Décédé au 8ème mois d'un cancer de l'estomac.

11 - P... E.

Femme, 60 ans, repasseuse.

Ulcère par varices essentielles, jamais traitées de façon suivies, depuis I5 ans, avec récidives fréquentes.
Varices gauches saphène interne jambières et crurales avec reflux ostial ++
Ulcère couenneux 40 cm2
Après détorsion greffe de 30 pastilles qui prennent à l'exception de deux.

Cicatrisation complète en I5 jours.
Puis crossectomie saphène interne suivie de sclérose et de contention élastique.
Guérison stable malgré reprise de l'activité.

I2 - F... A.

Femme de 65 ans, commerçante.

Phlébite droite il y a 25 ans après fracture de la diaphyse fémorale.
Ulcère presque jamais fermé depuis 4 ans, douloureux, infecté, 50 cm2, sur la face antéro-interne de la jambe droite au I/3 moyen.
Membre inférieur droit énorme, infiltré par un oedème dur scléreux, pas de varices perçues, mais la malade est améliorée par la contention élastique.
L'ulcère reçoit 40 pastilles.
Au premier pansement I2 pastilles, le I/3 de la surface greffée se sont nécrosées, après quelques jours, on applique de nouvelles pastilles qui prennent.
La contention élastique est d'abord poursuivie puis abandonnée de son propre chef par la malade.
Récidive de l'ulcère au 8ème mois.

13 - W... A.

Femme de 64 ans - étylique - pensionnaire d'hospice.

Volumineux ulcère saphène interne occupant le I/3 moyen et le I/3 inférieur de la jambe gauche.
Varices jambières, reflux par perforante basse.
Ulcère couenneux, 80 cm2. Dermite péri-ulcéreuse importante.
Détersion, sclérose distale qui amorce la cicatrisation, puis greffe en pastille : 60 pastilles qui prennent toutes.
Sclérose poursuivie quelques semaines, puis la malade refuse tout traitement complémentaire.
Rechute au I3ème mois.

14 - S... R.

Femme de 6I ans, pensionnaire d'hospice depuis peu.

Très dénutrie, pesant 40 kgs, véritable misère physiologique, protides sanguins à 58 g. par litre.
Ulcère sur le territoire de la saphène interne gauche, putride avec dermite importante et lésions de grattage ++
Varices jusqu'à la crosse, mais petites. Reflux ostial +++
Sclérose distale et détersion de l'ulcère.
Greffe avec 40 pastilles dont 5 se nécrosent, d'où petite greffe complémentaire.
Cicatrisation totale au 20ème jour.
Puis sclérose de tout le trajet saphène.
Guérison stable au 23ème mois.

I5 - F... E.

Malade de 56 ans, magasinier.

Phlébite bilatérale après fracture du bassin, il y a I5 ans.
Depuis 2 ans, ulcère de la malléole interne droite débordant vers la région supramalléolaire ; ulcère sphacélique, 30 cm2, oedème des membres inférieurs modéré et souple. Varices basses de la saphène interne droite discrètes.
Reflux des perforantes jambières
Amélioré par contention élastique.
Greffe avec 25 pastilles : prise totale.
Sclérose qui arrive à englober les perforantes incontinentes.
Revu après I ans ; guérison stable malgré reprise totale de l'activité.

I6 - M... A.

Femme de 68 ans, pensionnaire d'hospice.

Ulcère du I/3 moyen de la jambe gauche à sa face interne.

De taille moyenne, 25 cm2, mais sphacélique et creusant, première poussée il y a 7 ans, depuis 3 récidives.
Varices essentielles jamais traitées, jambières et crurales.
Reflux ostial + mais minime.
Détersion puis greffe de 20 pastilles, difficiles à immobiliser, l'ulcère étant de surface irrégulière.
Nécrose de 3 pastilles, mais guérison en I5 jours.
Sclérose après la greffe.
Guérison stable au I7ème mois.

I7 - W... S.

Malade de 69 ans, pensionnaire d'hospice, ancien ouvrier agricole.
Phlébite il y a I0 ans, après péritonite appendiculaire.
Depuis oedème des deux membres inférieurs plus marqué à gauche, dur, scléreux. Pas de varices perçues mais la compression élastique est bien supportée et améliore l'oedème.
Ulcère propre du I/3 moyen de la jambe gauche à sa face interne.
Greffe de 20 pastilles qui prennent toutes.
Contention élastique.
Guérison stable au I9ème mois.

I8 - P... L.

Femme de 53 ans, femme de ménage.

Phlébite et embolie pulmonaire suivie d'épanchement pleural, après intervention pour occlusion intestinale il y a 7 ans.
Varices essentielles pré-existantes à la phlébite.
Première poussée ulcéreuse, il y a 3 ans ; depuis déjà deux récidives
Ulcère saphène interne, propre mais douloureux et atone, 50 cm2.
Hypodermite autour de l'ulcère et en coulée jusqu'au genou.
La contention élastique permet le début de la sclérose puis, greffe de 40 pastilles environ : prise totale.

La guérison se maintient au I6ème mois malgré la reprise complète de l'activité grâce à la contention élastique.

I9 - K... M.

Homme de 48 ans, coiffeur.
Cirrhose de Laennec avec petite ascite.
Varices essentielles depuis 20 ans ; paquets variqueux jambiers et cruraux gauche, type saphène interne, importants, avec reflux ostial massif.
Oedème des membres inférieurs légers.
Anémie à 3.800.000 GR, protides à 60 g/l.
Ulcère du tiers inférieur de la jambe gauche à sa face interne, volumineux, long de I0 cm, large de 4 cm très infecté.
Après désinfection et traitement de la cirrhose (corticothérapie), l'oedème diminue, les varices deviennent plus accessibles à la sclérose d'abord distale.
Greffe de 45 pastilles environ : prise totale.
Après un recul de I3 mois pas de récidive (sclérose et contention poursuivies ; est devenu sobre)

20 - M... V.

Femme de 49 ans sans profession.

Phlébite gauche il y a I5 ans après intervention pour hernie.
Apparition d'un ulcère de la face externe au I/3 inférieur de la jambe. gauche il y a 2 ans. Depuis 2 récidives.
Pas de réseau variqueux. Oedème très léger.
Ulcère propre reposant sur une base scléreuse adhérente, mesurant 30 à 35 cm2.
Greffe de 25 pastilles : prise totale (réalisée à domicile)
Contention élastique.
Pas de récidive au 3ème mois ; mène une vie normale.

21 - D... M.

Femme de 58 ans, employée de bureau.

Phlébite puerpérale il y a 20 ans sur terrain variqueux.
Ulcère récidivant depuis I2 ans, infecté, douloureux très grand, 70 cm2, situé au I/3 moyen de la face interne de la jambe gauche ; reposant sur une base d'hypodermite +++ ; l'hypodermite remonte en coulée jusqu'au genou, laissant percevoir le cordon variqueux.
Contention élastique puis greffe de 60 pastilles dont 3 se nécrosant (greffe pratiquée à domicile).
Cicatrisation au I5ème jour.
Guérison stable au I9ème mois, malgré activité normale grâce à la contention élastique.

oOo

CONCLUSION

La greffe présente un intérêt indiscutable dans le traitement des ulcères de jambe de cicatrisation difficile.

La cicatrisation rapide et de bonne qualité qu' elle amène évite la sclérose sous-jacente ou l'empêche de s'aggraver et offre un intérêt psychologique et social considérable.

La greffe ne s'oppose pas au traitement dermatologique habituel - qui apporte une cicatrisation suffisante dans la plupart des cas - mais le complète parfois. De même elle doit être nécessairement précédée et suivie du traitement phlébologique classique ou chirurgical, sous peine de ne réaliser qu'une couverture temporaire entre deux récidives.

A ce propos les larges excisions du socle ulcéreux suivies de greffes n'ont pas tenu les espoirs qu'elles avaient suscités : l'excision a bien enlevé le réseau veineux qui transmettait l'hypertension à la face profonde de l'ulcère mais a laissé les mêmes mauvaises conditions à la périphérie, et la récidive est de règle si le traitement phlébologique classique n'est pas mis en oeuvre.

La méthode des greffes en pastilles pratiquées médicalement au lit du malade, après préparation dermatologique, particulièrement facile à réaliser apporte,

même sur des terrains très défavorables, une solution brillante à la fermeture d'ulcérations géantes et atones.

En raison de sa bénignité, de la constance, de la rapidité, et de la solidité de la cicatrisation qu'elle amène, ses indications peuvent peut-être s'élargir.

oOo

Vu, le Président de Thèse: Vu, le Doyen de la Faculté :

M. DEGOS M. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - ADLOFF, GRENIER J. et HOLLENDER L. : quelques résultats du traitement des ulcères variqueux géants par greffes dermo-épidermiques Bull. Soc. Franç. Derm. , Janv.-Mars I957, n° I, 80-81.

2 - ARNULF G. - A propos des greffes cutanées dans les ulcères de jambe. 3ème Congrès de Phlébologie - Aix-en-Provence I955, in Charpy et Audier - 3I2 - 3I4 .

3 - AUGER P. - Greffes épidermiques après excision complète de l'ulcère dans le traitement des ulcères variqueux post-phlébitiques. Laval Med. , Nov. I959, 28, n° 4, 466-475 (Biblio.)

BELAISCH J. - Traitement des ulcères des jambes. Vie Méd. , Juil. I954, 35, n° 7, 729-737 (biblio.)

BENABEN H. - Sur le traitement chirurgical de l'ulcère variqueux. Thèse Toulon, Mars 1947, n° 25, 38 pages.

4 - BLANC P. et CRESSON H. - Le traitement chirurgical des ulcères variqueux. -Ann. Med. prat. soc. Nov. 1955, 46, n° 65-66, 325.

5 - BONNET J., CALAS E., FOUQUET H., FLORENS A. et COULIER (Mme) - Intérêt des greffes en lambeaux dans le traitement des ulcères de jambes, rebelles - Bull. Soc. Franç. Derm. Janv. Mars 1960, 67, n° 1, 114.

6 - BOULLE S. et BOULLE M. - Traitement des ulcères de jambe. Feuillets médicaux, Aout-Sept. I959, n° 47, I-I2.

BRUCKNER H. - L'ulcère de jambe et son traitement par des lambeaux basculants - Bruns Beitr. Klin. Chir. , Mai I96I, 202, n°3, 308-3I4., I0 fig. (résumé français)..

CALAS A.G. et CALAS E. - De la théorie à la pratique, en matière d'ulcères variqueux. -Bull. Soc. Franç. Derm. , Janv-Fév. I956, 66, n°1 96.

CHATARD - A propos du traitement des varices. Indications thérapeutiques - Charpy et Audier 294-299.

7 - COCKETT F.B. - Pathologie et traitement des ulcères veineux de la jambe. Brit. J. Surg., Nov. I955, 43, n° I79, 260-279 (Biblio).

8 - COCKETT F.B. - Etiologie et traitement des ulcères veineux de la jambe. Practionner, Juil. I959, I83, n° I093, I9-25, 7 fig.

9 - CORDONNIER et DEBEER- Le granulome en nappe des ulcères de jambe, in Charpy et Audier, 254-257.

CREHANGE P. A. - Ulcères variqueux. Etiologie et traitement - Libr. Maloine, I950, 144 pages, 59 fig.

DAHLIVERSEN E. et MATHIESEN F. R. - Résultat du traitement chirurgical de 107 ulcères variqueux - Acta Derm. Venereol. I952, 32, sup. 29, 80-86 (biblio.)

DEGOS - Encyclopédie médicale Flammarion 735-739.

DEGOS - Examen clinique d'un malade atteint d'un ulcère de jambe. Revue Praticien 2I Mai I960 N° I5, I58I-I592.

DELANNOY E. et coll. - La part de la chirurgie dans le traitement des ulcères de jambe. Maroc méd. juil. I960, n° 422, 740-74I.

DELATER J. - Les erreurs d'indication et de technique au cours du traitement chirurgical des varices des membres inférieurs - Semaine des Hôpitaux de Paris, 4 avril I959, I222-I225.

10 - DELANNOY, HURIEZ, LAGACHE, DESMONS - La part de la chirurgie dans le traitement des ulcères de jambe - Lille Médical I960 - n° 6, 39I-393.

DELAUNAY et VIGIER - Indications des traitements médicaux et chirurgicaux des varices au cours des ulcères de jambe et des plaques d'atrophie cutanée nacrée - Ann. Derm. Syph. Juil.-Oct. I953, 60, n° 4, 402.

DUUUING, ENJALBERT et GEDEON - Varices et phlébites. Revue du Praticien 11 oct. I955-2695-2702.

DUFOURMENTEL C. - Chirurgie plastique des troubles trophiques des varices des membres inférieurs. Semaine des Hôpitaux de Paris, 4 av. I959, 35, n° 16, 1211-1215, 7 fig.

11 - DUGOIS et COLOMB - Résultats rapides et solides des greffes en pastilles sur les vastes ulcères de jambe. Bull. Soc. Franç. Derm. Mai-Juin I956, 66, n° 3, 264 -265.

ELLIOTT J. L., GROW J. L. et NORFOLK V. Des greffes cutanées en forme de timbre poste, doublées de papier (brûlures). Surgery Mai I955, 37, N° 5, 823-828.

ENJALBERT A. - Traitement chirurgical d'un ulcère d'origine vasculaire. Revue Praticien, 2I mai I960, I0, n° 15, 1611-1617.

FRILEUX C. A. - A propos de l'ulcère variqueux Semaine des Hôpitaux de Paris, aout I957, N° 78-79, 2992-2993.

FRILEUX et HODARA - Varices essentielles compliquées d'ulcères de jambes . Résultats du traitement médico-chirurgical - Presse Med. II juillet I959, n° 34, I384-I385.

12 - GATE et DUVERNE - Traitement médical d'un ulcère d'origine vasculaire. Revue Praticien - 2I mai I960, IO, n° 15, 1601-16I0.

HARRIS P. G. - La prednisolone orale dans le traitement des ulcères variqueux. Practionner Mars I960, I84, n° 1101, 369-371.

13 - HURIEZ, DESMONS et PELCE -
1 - Données tirées de l'observation d'un millier d'ulcéreux hospitalisés.

2 - Evolution de la tactique curative et préventive de l'ulcère de jambe.

3 - Résultats de ces divers traitements médicaux et chirurgicaux.

in Charpy et Audier , I63-I87.

HURIEZ C. et LAGACHE G. - Les traitements actuels des ulcères de jambes. Concours médical, I4 mars I953, 75, n° 11, 935-94I, 7 fig.

HURIEZ C. et LAGACHE C., DESMONS et PELCE- Ulcères de jambes et troubles trophiques d'origine veineuse -(données tirées de l'étude d'un millier d'ulcéreux hospitalisés). Revue Praticien 11 Oct. 1955, 5, n° 26. 2703-2722.

HURIEZ, DESMONS, PELCE, - Les lésions associées et les complications des ulcères de jambe - Revue Praticien 21 mai I960, I6I9.

KRATZIG W. - Traitement des ulcères de la jambe par les greffes cutanées Zbl. Chir. I953, 79, n° 35, I5I7-I5I9, 1 fig. (biblio.)

LAGACHE et DESMONS - Traitement chirurgical des ulcères de jambe - Technique - Indications- Résultats - Lille Chirurgical, Janv. fév. I954, 9 , n° 1, 14-19, 8 fig.

LELEU R. Y. A. - Les greffes libres prélevées au rasoir-rabot et la poudre d'hématies dans le traitement des ulcères de jambe anciens et récidivants. Thèse Paris, 3 juin I949, n° 412, 67 pages.

14 - LONGUET et LIEVAIN - Traitement des gros ulcères de jambe d'origine veineuse par les greffes dermo-épidermiques de Davis combinées aux résections veineuses pour suppression du reflux sanguin - 3èmes journées Internationales

de Phlébologie, Charpy et Audier 308-3II.

LISBONNE H. - Le traitement chirurgical des varices et des ulcères de jambes. - Montpellier méd. , Mai I958, I0I, n°5, 78I-789.

I5 - MARTINET J.D. - Traitement chirurgical des ulcères de jambe chez les variqueux - Concours Méd. 20 avril I957, n° 16, 1907-1912.

16 - MARTINET J.D. - Bilan du traitement médico-chirurgical des ulcères de jambe d'origine veineuse - Ann. Chir. (supplt. Sem. Hôp. Paris), déc. I959, I3, n° 23-24, C. I399-C.I405.

MOREL-FATIO D. et LAGROT F. - Les réparations des pertes de substance cutanée. 56è congrès de l'Association Française de Chirurgie in Journal de Chirurgie Oct. I954, 699-7I2

I7 - NORHOLM-PEDERSEN A., BEYMAN F. et SCHAFFER G. - Ulcères de jambe traités par les greffes de peau de Reverdin. - Acta. derm. venereol. I954, 34, 3I4-320 (biblio.) (résumé Français)

I8 - OLIVIER C. et coll. - Comment traiter les ulcères trophiques des membres d'origine vasculaire Presse Med. 22 oct. I958, 66, n° 73, I639-I64I

I9 - OLIVIER et ENJALBERT - Traitement chirurgical des ulcères trophiques des membres inférieurs Rapport au 6Ième congrès de Chirurgie Paris I959, I84-34I.

OWENS N. et BETHEA H. - Conceptions nouvelles du traitement chirurgical des ulcères variqueux chroniques. - Plast. reconstr. Surg. , nov. I948 3 , n° 6, 633-652, 8 fig. (biblio.)

20 - PIERRE et GATE - Place de la chirurgie plastique dans le traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse - 3ème Congrès de Phlébologie in Charpy et Audier, IO6-II3.

PRIOLEAU W. H. et NUNN D. B. - Le traitement des ulcères veineux de la jambe ; revue de IOO cas opératoires - Ann. Surg. , Juin I959, I49, n°6 9I4-924 (biblio.)

21 - REITER H. F. H. - L'ulcère de jambe (Taux de guérison et stabilité après traitement par greffe cutanée selon la technique de Reverdin) - Acta derm. venereol. , I954, 34, n° 5, 439-445 (biblio.) (résumé français).

22 - RIMBAUD P. ETIENNE et LISBONNE - Le traitement médico-chirurgical des ulcères de jambes d'origine circulatoire, in Charpy et Audier 291-293.

SICARD P. - Traitement sclérosant des varices des membres inférieurs - Semaine des Hôpitaux de Paris 4 avril I959, I2I6-I2I8.

SOURDILLE - " A propos du traitement chirurgical des ulcères de jambe" 6Ième Congrès Français de Chirurgie 393-395.

STEINBERG G. - Le traitement chirurgical des ulcères de jambes variqueuses et post-phlébitiques - Lyon médical, 28 aout I960, 92è année, n° 35, 368.

23 - TINGAUD R. - Les ulcères de jambe d'origine veineuse. Concours médical 4 déc. I954, 76, n° 49, 4521-4522.

24 - TINGAUD R. la place de la chirurgie dans le traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse - Bordeaux Chir. avril. I955, n° 2, 65-7I

25 - TOURNAY R. - Le problème des indications opératoires dans le traitement des ulcères de jambes - Sem. Hôp. Paris, 26 oct. I956, n° 63, 3243-325I, 23 fig. (biblio.)

TOURNAY R. - Du traitement des ulcères d'origine veineuse des membres inférieurs - Sem. Hôp. Paris, 4 avril I959, 35, n° 16, 1205-1210.

TOURNAY R. et VIEVILLE R. - A propos des traitements "actuels" des ulcères de jambe, variqueux et post-phlébitiques - Concours méd. 24 Juil. I954, 76, n° 30, 2919-2925.

TRAMIER et BOURDE - Les troubles trophiques des jambes en pratique dermatologique - 3ème journées Phlébologie Aix , in Charpy et Audier, II7-I59.

26 - TRAMIER et BOURRHIS - Traitement des ulcères calleux de jambe par greffes de Davis et polymyxine - Bulletin Société Française Dermato- Janvier I960.

TUBIANA R. - Le traitement chirurgical des ulcères variqueux - Semaine Hôp. Paris, I0 avril I949, 25, n° 27, II70-II72.

TUBIANA R. - Techniques particulières d'examen du membre variqueux. Revue du Praticien 11 oct. I955, 2689-2694.

TUBIANA R. - Le traitement chirurgical des varices. Semaine des Hôp. de Paris 4 avril I959, I2I9-I222.

TUBIANA R. - Exploration spécialisée du système vasculaire chez un malade atteint d'ulcère de jambe. Revue du Praticien 2I Mai I960, I593-I600.

VIGONI - "Les ulcères inguérissables" - 6Ième Congrès de chirurgie.

27 - VILAIN R. - Pathogénie et traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse - Ann. Chir. (supplt. Sem. Hôp. Paris). Sept. I956, n° 9, 87I-875.

28 - WATRIN J., BEUREY J., MOUGEOLLE J.M., MOUREY M. et COLLIN B. - Résultats obtenus par la greffe de Lagrot dans le traitement des ulcères de jambe - Bull. Soc. Franç. Derm. Janv-Fév. I955, 62, n° 1, 94-95.

29 - WERTHEIMER et SAUTOT - "A propos des ulcères de jambe d'origine veineuse" - 6Ième Congrès de Chirurgie I959, 348-35I.

oOo

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90